

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el
inicio de relaciones sexuales en la Institución Educativa
"El Pacífico", Lima - 2010**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR

Mayra Stephany Meneses Baldeón

ASESOR

Esperanza Margarita Lluncor Lluncor

Lima – Perú

2011

**AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA
RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES
EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
“EL PACÍFICO”
LIMA-2010**

A mi madre, la Sra. Melvi Baldeón
Ñ., por el amor que me brindó
permanentemente, por su
protección en los momentos de
desamparo, por su apoyo
emocional en situaciones de
angustia, porque se mantuvo a mi
lado cada segundo de mi vida y
por ser ahora mi principal
motivación para cumplir mis
ideales en el ámbito personal y
profesional.

A mi padre, Julio Meneses C.,
por transmitirme ese ejemplo de
superación y afronte a las
adversidades, por su apoyo
continuo, incondicional y
desinteresado en la elaboración
del presente estudio.

A la Lic. Margarita Lluncor Ll y a la
Lic. Juana Durand B., por su
dedicación, paciencia, y motivación
durante la elaboración del presente
estudio.

*A la Institución Educativa “El
Pacífico” y a los estudiantes que
colaboraron desinteresadamente en
la realización del presente estudio,
pues sin su apoyo no hubiese sido
posible el desarrollo del mismo.*

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRAFICOS	vii
RESUMEN	ix
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del problema.....	4
B. Formulación del problema.....	13
C. Justificación.....	14
D. Objetivos.....	15
E. Propósito.....	16
F. Marco teórico.....	17
F.1. Antecedentes.....	17
F.2. Base teórica.....	26
Aspectos generales de la adolescencia.....	26
Sexualidad en el adolescente.....	31
Autoeficacia Percibida e inicio de relaciones sexuales en el adolescente.....	38
El enfermero en la Promoción de la Salud.....	44
G. Definición Operacional de Términos.....	49
CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODO	
A. Nivel, tipo y método.....	50

B. Área de estudio.....	50
C. Población y muestra.....	51
D. Técnica e Instrumentos	52
E. Proceso de recolección de datos.....	52
F. Proceso de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de datos.....	53
G. Consideraciones éticas.....	53
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. Resultados.....	54
B. Discusión.....	62
CAPITULO IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
A. Conclusiones.....	70
B. Limitaciones.....	72
C .Recomendaciones.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°	CONTENIDO	Pág.
1	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la I.E “El Pacífico”.	55
2	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión experiencias personales en la I.E “El Pacífico”.	56
3	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión conocimientos sobre sexualidad en la I.E “El Pacífico”.	58
4	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión toma de decisiones en la I.E “El Pacífico”.	59

GRAFICO N°	CONTENIDO	Pág.
5	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión influencia social en la I.E “El Pacífico”.	60
6	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales, según sexo, en la I.E “El Pacífico”. Lima - 2010	61

RESUMEN

El objetivo fue determinar la autoeficacia percibida que tienen los adolescentes para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales en la I. E. "El Pacífico". Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 100 adolescentes escolares del primer a tercer año de secundaria. La técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron el cuestionario y una escala tipo Lickert modificada, considerando el consentimiento informado. Resultados. Tenemos que del 100%(100), 54%(54) tiene alta autoeficacia percibida y 46%(46) baja. Los ítems referidos a alta están dados por no poseer experiencia de contacto personal íntimo, conocer los cambios biológicos, psicológicos y sociales del adolescente, presentar total seguridad para rechazar una relación sexual cuando alguien que le gusta mucho se lo propone y alta capacidad para conversar con amigos sobre su sexualidad; la baja está dado por poseer experiencia de contacto personal íntimo, desconocen los cambios biológicos, psicológicos y sociales, se sienten poco seguros de rechazar una propuesta sexual cuando alguien que le gusta mucho se lo propone y poseen poca capacidad de conversar con sus amigos sobre sexualidad Conclusiones. Un porcentaje significativo de adolescentes presenta una alta autoeficacia percibida para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales, lo cual los hace con una mayor capacidad para poder manejar situaciones de riesgo en el curso de su vida sexual a diferencia de aquellos adolescentes que obtuvieron una baja autoeficacia percibida, ya que ello los hace más susceptibles a embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual.

PALABRAS CLAVES:

Autoeficacia percibida, adolescencia, relaciones sexuales.

SUMMARY

The objective was to determine the perceived efficacy of adolescents to delay the onset of sexual intercourse in the I. E. "The Pacific." Material and Methods. The study was application level, quantitative, cross sectional method. The sample consisted of 100 adolescent students from first to third grade. The technique was the survey and the instruments were the questionnaire and a modified Likert scale, given informed consent. Results. We have 100% (100), 54% (54) have high self-efficacy and 46% (46) low. Items related to high are given for not having experience of close personal contact, know the biological, psychological and social aspects of adolescent present safety for refusing sex when someone who loves it offers high capacity to converse with friends about their sexuality, the floor is given by having close personal contact experience, unknown biological changes, psychological and social, they feel unsafe sex to reject a proposal when someone who loves it proposes and have little ability to converse sexuality with their friends Conclusions. A significant percentage of adolescents have high self-efficacy for delaying the onset of sexual intercourse, which makes them a greater capacity to handle risk situations during their sex lives as opposed to those adolescents who were low self-efficacy perceived as this makes them more susceptible to unintended pregnancy and sexually transmitted infections.

KEY WORDS:

Perceived self-efficacy, teens, sex.

PRESENTACIÓN

Actualmente en el mundo están surgiendo problemas de gran impacto social, en el cual la población adolescente es la que se ve más afectada en esta situación. Dentro de ellas tenemos al embarazo no planificado, el incremento de las enfermedades de transmisión sexual/VIH-SIDA, los abortos, entre otros., constituyendo algunos de los problemas que afectan la integridad y el desarrollo normal del adolescente que inicia su vida sexual, generándole conflictos y nuevas experiencias, para lo cual aún no están preparados para afrontar esta nueva etapa de vida que atraviesan como parte de su crecimiento y desarrollo normal.

Frente a esta problemática, el tema de sexualidad en adolescentes es uno de los más estudiados y más difundidos con la finalidad de promover conductas saludables. Sin embargo, los problemas sociales se están acentuando cada vez más, siendo necesario el abordaje de los adolescentes desde su subjetividad. Por lo que es importante hablar de la autoeficacia percibida, ya que a partir de ello es muy probable que puedan tener un mayor control sobre su comportamiento sexual.

De modo que cuando los adolescentes inician sus relaciones sexuales sin previa planificación, generan una creciente ola de conductas de riesgo. Aún cuando existen estudios sobre el comportamiento sexual del adolescente muy pocos abordan la subjetividad del adolescente, es decir, la autoeficacia percibida en conductas sexuales, siendo ésta necesaria para la adopción de un comportamiento sexual saludable.

El presente estudio titulado “Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la I.E El Pacífico”, tuvo como objetivo determinar la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales. Con el propósito de proporcionar información actualizada de la I.E y el Centro de Salud a fin de que se elaboren estrategias educativas orientadas a promover la adopción de conductas sexuales saludables que permitan retrasar el inicio de las relaciones sexuales a fin de disminuir el riesgo a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual que pueden alterar su calidad de vida.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción, que contiene el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II. Material y Método, en

el que se detalla el nivel, tipo y método, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

En los últimos años, los cambios que se han ido suscitando en la población adolescente son significativos, pues según las estimaciones realizadas por las Naciones Unidas a mediados de los ochenta había en el mundo más de mil millones de jóvenes y en el Perú, en el año 1985 se tuvo alrededor de cuatro millones y medio de jóvenes entre 10 y 19 años ⁽¹⁾. Para el año 2004, según el INEI, el 20.9% de la población peruana era adolescente, vale decir, que 5'749.220 hombres y mujeres tenían entre 10 y 19 años ⁽²⁾. En el Censo 2007, en el que se considera grandes grupos de edad (población infantil, joven y adulta), señalan en relación a los jóvenes que “la población de 15 a 29 años llega a 7. 554 204, es decir, representa más de la mitad de la población censada (58%)” ⁽³⁾.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza que “la adolescencia es un período de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad” ⁽⁴⁾, el cual se caracteriza por los cambios biológicos, psico-sociales, cognitivos, afectivos y sexuales que se manifiestan a través de la necesidad de integrarse a grupos sociales, desarrollar habilidades cognitivas, intentar ser independiente, se da un aumento del impulso sexual y se despierta en él un interés por tener una pareja o amigo íntimo ^(5, 6). Estos aspectos terminan siendo un tema que demanda mucho interés y preocupación hoy en día, debido a la forma en cómo lo concibe el adolescente.

Ucros y Moreno, citados por Margarita Chu, definen la sexualidad como “un fenómeno complejo que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales, mas esto no comienza en la adolescencia, sino que se entiende como la continuación de fenómenos que se observan desde la niñez” ⁽⁷⁾.

Para los jóvenes la sexualidad es un tema de gran controversia, “...muchas veces relacionan sexualidad con sensaciones producto del contacto personal, o ideas en torno a algo vergonzoso y prohibido”, “...la mayoría de ellos viven su sexualidad con angustia, confusión y culpa, no sólo por el desconcierto que sienten frente a los cambios que experimenta su cuerpo y por la mayor intensidad de sus impulsos

sexuales, sino por la forma en que es concebida su sexualidad” ⁽⁸⁾. Esta situación induce a la sociedad a censurar el acto sexual en este grupo debido a los diversos problemas psicosociales que se producen, por lo que los adolescentes se sienten obligados a practicar su sexualidad de forma clandestina y no planificada ^(9,10).

En algunos estudios se revela que cada vez es mayor el número de adolescentes que inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas. Tal es el caso de la investigación titulada “Precocidad sexual. Causas y Consecuencias”, realizada en Cuba, en la que se obtuvo como resultado que *“el 60 % de adolescentes de centros educativos, tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años teniendo una mayor incidencia en las mujeres que en los varones. Factores como las condiciones socioeconómicas desfavorables y las familias disfuncionales constituyeron riesgo para las relaciones sexuales precoces. Sólo el 18% de ellos usan de manera constante métodos anticonceptivos, por esta razón más del 80% tuvieron consecuencias desfavorables como embarazos no deseados y/o ITS”* ⁽¹¹⁾. Esta situación no es ajena a lo que se vive en América Latina, ya que de acuerdo al INEI “para el 2002 el inicio sexual temprano era más común en las adolescentes con menos de siete años de escolaridad que en las de mayor educación (43% vs. 9%), y en Perú, el 25% de los adolescentes afirma tener actividad sexual y el inicio sexual es más

reportado por adolescentes varones que por adolescentes mujeres (45% vs. 10%)” ⁽¹²⁾, concluyéndose que existe una diferencia significativa en el inicio de la actividad sexual según sexo. “En el año 2005, de las adolescentes solteras 1 de cada 10 han tenido relaciones sexuales, antes de los 15 años” ⁽¹³⁾.

Una realidad como ésta, trae consigo problemas como el embarazo precoz, las enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, abortos, deserción escolar, entre otros. Ello se ve reflejado en Perú, pues el INEI registra que en el año 2002 “un 13,5% de adolescentes son madres o están embarazadas (175,000)”, y en el año 2007 “el 0.5% de adolescentes entre 12 y 14 años y el 11.7% de jóvenes entre 15 y 19 años presentan la misma condición” ^(14,15). Las tasas de infecciones de transmisión sexual señala que el 33.2% de la mujeres reportaron haber tenido una ITS, mientras que el porcentaje de varones que reportaron este mismo hecho fue sólo 11.9%” ⁽¹⁶⁾. Con respecto al VIH-SIDA, la Oficina General de Epidemiología plantea que “el 50% de los casos diagnosticados de SIDA han sido menores de 30 años lo cual sugiere que la edad de infección sea menor a los 20 años” ⁽¹⁷⁾.

Por ello, frente a esta problemática, el tema de sexualidad en adolescentes en estos últimos años ha sido trabajado, los mismos que han permitido implementar programas de educación sexual en los

centros educativos, así como generar una cultura sexual responsable en los medios de comunicación y acceder a temas de sexualidad por Internet, bibliotecas, centros de salud y otros medios.

Asimismo, a nivel del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAI), se describe como problema principal la conducta sexual riesgosa basada en el inicio temprano a la sexualidad con escasa protección, cuyo objetivo sanitario es la reducción de embarazos precoces y la transmisión de las ITS/SIDA^(18,19). También, el Plan Nacional Concertado en Salud establece lineamientos, objetivos y estrategias según las prioridades de salud en el país, siendo uno de los objetivos sanitarios nacionales 2007-2020, la reducción del embarazo en adolescentes y el control de las enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA partiendo de la actuación del personal de Salud en los primeros niveles de atención, donde la enfermera cumple un rol relevante a través de la promoción de conductas saludables y educación sexual⁽²⁰⁾.

La mayoría de estudios que se han desarrollado en torno a la sexualidad en el adolescente están relacionados a temas tales como: nivel de conocimientos que tiene los adolescentes sobre los cambios fisiológicos en la pubertad, métodos anticonceptivos y el uso adecuado de los mismos; factores que determinan el inicio de la vida sexual, el

grupo (mujeres o varones) que es más precoz en cuanto al inicio del acto sexual; roles de género; consecuencias del inicio precoz de relaciones sexuales; Incidencia de ITS o VIH/SIDA, entre otros.

Estos estudios responden a la gran problemática que viven los adolescentes y jóvenes de ahora, que por su vulnerabilidad biológica y sociocultural se exponen a situaciones de riesgo ya mencionadas (embarazos no planificados, ITS/VIH).

Frente a ello, el Ministerio de Salud ha señalado como uno de sus lineamientos fundamentales para el período 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Esto supone, en términos generales, *“priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños y **adolescentes**, mujeres, adultos mayores y discapacitados”*⁽²¹⁾.

El MAIS, constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones para satisfacer las necesidades de desarrollo y mantenimiento de la salud, así como las derivadas de daños, disfunciones y discapacidades, orientados a lograr personas, familia y comunidades saludables ⁽²²⁾.

En relación a la atención integral de salud de la etapa de vida adolescente (AIS), se dice que tiene la finalidad de mejorar la AIS que se brinda a los adolescentes en los establecimientos públicos y privados para contribuir en su desarrollo y bienestar en el marco de un MAIS, el cual considera la provisión de un paquete de cuidados esenciales en salud para atender sus principales necesidades de salud en el contexto de su familia y comunidad.

Asimismo, en la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente, en el componente de Organización, se describe que el recurso humano que debe poseer el establecimiento de salud de primer o segundo nivel, estará conformado por un equipo multidisciplinario, dentro del cual se incluye como un ente importante a la enfermera, quien ejerce sus funciones principalmente cuando se trata de intervenciones preventivos promocionales dentro del marco de la Ejecución del Plan de Atención Integral Individualizado del adolescente⁽²³⁾.

Es allí donde la enfermera brinda una atención integral al adolescente aplicando sus habilidades técnicas, cognitivas y psicoafectivas para establecer un rapport o relación efectiva con el adolescente y así contribuir con la satisfacción de sus necesidades no sólo en la dimensión biológica, sino también en la psicosocial, cognitiva

y afectiva, a través de la evaluación de su crecimiento y desarrollo, evaluación del crecimiento físico y estado nutricional, inmunizaciones, identificación de factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva (inicio de relaciones sexuales sin protección, embarazos y abortos, historial de ITS, violaciones, etc.), visitas domiciliarias, sesiones educativas, talleres integrales, formación de educadores de pares y consejería integral basado en temas enmarcados en el MAIS, siendo los relacionados a sexualidad: enamoramiento, sexualidad, relaciones sexuales, masturbación, afectividad, prevención de embarazos no deseados e ITS, paternidad responsable, roles de género, entre otros⁽²⁴⁾.

En la jurisdicción del Centro de Salud “Los Libertadores” del distrito de San Martín de Porres se encuentra la Institución Educativa “El Pacífico” que brinda instrucción secundaria y está constituida por una población estudiantil de aproximadamente 780 alumnos de sexo femenino y masculino. Se obtuvo información de que en la actualidad el índice de embarazos en las adolescentes se está incrementando en comparación al año 2009, y el inicio de las relaciones sexuales se está dando a edades cada vez más tempranas. Frente a ello, las autoridades manifiestan:

“Este es un tema muy delicado para los adolescentes, no es fácil trabajar con los primeros años que con los de los últimos”. “La plana

docente trabaja mucho ese aspecto, pero ello ya compete a valores y principios del adolescente” (Director de la I. E).

“El embarazo precoz en las adolescentes esta siendo un gran problema, sumado a ello está el alcoholismo y drogadicción, por lo que constituyen los principales factores de la deserción escolar” (Sub-Directora de la I.E.).

“Se están dando embarazos precoces, pero nosotros no las presionamos a dejar sus estudios, más bien las motivamos...” (Docente tutor).

En las afueras del plantel, se observa a los adolescentes entre 12 y 13 años acompañados de jóvenes del sexo opuesto que lo abrazan y acarician.

Al interactuar con algunos jóvenes, los varones de 12 y 14 expresan: *“es muy difícil controlarse y más si la flaca es bonita, desde hace dos años tengo...”*, *“creo que si nunca hubiese experimentado tener relaciones no tendría la necesidad, pero como ya sé, es por ello que no pierdo oportunidades”*, mientras que una joven de 13 años manifiesta *“yo tengo relaciones desde el año pasado, ahora con mi enamorado actual estamos en proceso”*.

Todo ello nos permite formular algunas interrogantes *¿Por qué se incrementa cada vez más el número de jóvenes sexualmente activos? ¿Se conoce el lado subjetivo de este problema? ¿Los adolescentes se sienten capaces para decidir sobre aspectos de su vida sexual? ¿Qué sucede en ellos para no internalizar lo que se les orienta? ¿El sexo influye de alguna forma en su capacidad para decidir acerca de su vida sexual?*, entre otros.

Por lo que es necesario realizar un estudio sobre la subjetividad del adolescente en su dimensión sexual y a partir de ello crear nuevas estrategias de intervención que sean efectivas; dado que en esta etapa de la vida se suscitan muchos cambios biológicos, psicoemocionales y sociales que lo hacen vulnerables a un comportamiento sexual riesgoso.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Frente a lo expuesto, se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la autoeficacia percibida en los adolescentes para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales en la Institución Educativa “El Pacífico”, Lima-2010?

C. JUSTIFICACIÓN

Dado que según los Lineamientos de Políticas para el adolescente “el 66.9% de adolescentes de 10 a 14 años y el 56.6% de los que tienen entre 15 y 19 años viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema” ⁽²⁵⁾. Los cambios que suscitan en esta etapa de vida en el aspecto físico, psicoemocional, social y sexual, lo tornan en un grupo vulnerable a adquirir conductas de riesgo en el ámbito sexual, que se traduce en el inicio precoz de las relaciones sexuales, trayendo consigo embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual, los mismos que generarían aún mayor pobreza.

Siendo necesario que el equipo sanitario conozca aspectos relacionados no solo al desarrollo biológico, psicoemocional, social, y sexual que experimenta el adolescente, sino también en los aspectos subjetivos del mismo, dentro del cual el profesional de Enfermería en el marco de la promoción de la salud, debe utilizar la educación para la salud como estrategia orientada a desarrollar actividades preventivo-promocionales dirigida a los grupos vulnerables, utilizando diversas técnicas participativas orientadas a promover la adopción de conductas sexuales saludables y desarrollar los aspectos subjetivos que le permitan consolidar su capacidad de afrontar situaciones de riesgo sexual, y a través de las visitas domiciliarias y/o consejerías en

enfermería le permitan contribuir en el proceso de madurez del adolescente y desarrollo de su personalidad para que pongan en práctica una conducta promotora de la salud, y así se pueda disminuir la incidencia de embarazos precoces e infecciones de transmisión sexual, entre otros.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el estudio fueron:

Objetivo General:

- Determinar la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la I.E “El Pacífico”.

Objetivos Específicos:

- Describir la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión experiencias personales en la I.E “El Pacífico”, Lima - 2010.
- Describir la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión conocimientos sobre sexualidad en la I.E “El Pacífico”, Lima - 2010.

- Describir la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión toma de decisiones en la I.E “El Pacífico”, Lima - 2010.
- Describir la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión influencia social en la I.E “El Pacífico”, Lima – 2010.
- Diferenciar la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales, según sexo, en la I.E “El Pacífico”, Lima - 2010.

E. PROPÓSITO

Los resultados del estudio van a permitir proporcionar información actualizada a las autoridades de la I. E y al profesional de Enfermería a fin de que se establezca las coordinaciones para la creación de estrategias orientadas a promover cambios en el comportamiento sexual del adolescente, a partir de la subjetividad del mismo, considerando la percepción que tienen sobre su autoeficacia para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales, y de esta manera se puedan emprender acciones en el ámbito de la promoción de la salud, mediante la creación de espacios donde los adolescentes puedan

verbalizar cuestiones relacionadas con la actividad sexual y a través del diseño de estrategias educativas de índole participativo que fortalezcan la personalidad y esencia del adolescente para un comportamiento sexual saludable.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. Antecedentes

Luego de haber realizado la búsqueda de estudios previos, se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos:

A nivel nacional

Anny, RICALDO RODRIGUEZ, en Lima, el 2006, realizó un estudio titulado “Nivel de Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de Centros Educativos de Lima” con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre sexualidad en los adolescentes de Centros Educativos de Lima. El método fue descriptivo transversal, y su población estuvo conformada por los estudiantes del 4° y 5° año de secundaria de 22 Centros Educativos, cuyas edades oscilaban entre los 14 y 19 años. El instrumento fue el cuestionario y la técnica, la encuesta. Las conclusiones fueron entre otras:

“La mayoría de adolescentes tienen conocimiento sobre sexualidad que va desde medio a bajo, relacionado a la ovulación, píldoras anticonceptivas y valores.

Existe un porcentaje considerable de adolescentes que tiene conocimientos medio y bajo sobre la sexualidad en el aspecto psicológico referente a la búsqueda de la identidad.

Los conocimientos sobre sexualidad en el plano biológico es de nivel medio y el mayor desconocimiento se centra en cuanto la ovulación, lo que explica los embarazos no planificados y abortos clandestinos.

Los conocimientos sobre sexualidad en el aspecto cultural es de nivel medio, relacionado a píldoras anticonceptivas, los valores morales, rol sexual y la píldora del día siguiente, lo que lo predispone al adolescente a adoptar conductas de riesgo.

Según edad, año de estudio y sexo el nivel de conocimiento es medio”

(26)

Amanda, RODRIGUEZ SANCHEZ, en Trujillo, el 2004, efectuó un estudio titulado “Factores que influyen en escolares para el inicio de la actividad sexual”. El objetivo fue conocer los factores que influyen para el inicio de la actividad sexual en escolares de la zona urbana, urbana-rural y rural de Trujillo. El método fue descriptivo, analítico comparativo. La muestra estuvo conformada por 558 escolares de 3er 4to y 5to año de secundaria de colegios mixtos de distritos de la ciudad. Se analizó los factores individuales, familiares y sociales, a partir de los cuales se pudo concluir, entre otras que:

“Al analizar los factores individuales se encontró que el 12.5% de la zona rural, 18.92% de la zona urbana rural y, 20% de escolares de la zona urbana; ya se han iniciado sexualmente, siendo mayor el porcentaje en escolares varones que mujeres.

En lo que respecta al contacto con alguna hermana que haya sido madre antes de cumplir los 20 años, el inicio sexual de los escolares es mayor.

Respecto a los factores sociales como educación sexual recibida en el colegio, se encontró discreto aumento en los iniciados sexualmente en las tres zonas de estudio.

El sexo del escolar, autoestima baja, mínima percepción de riesgo de embarazo y el consumo de algún cigarrillo o bebida se asocia a un mayor incremento de inicio de actividad sexual en escolares.

La ausencia de un adulto en la familia, induce a los escolares a recurrir a sus amigos para la solución de sus problemas y como fuente de mayor información en temas de sexualidad. Asimismo, aquellos escolares que tienen grupos de pares iniciados sexualmente activos se asociaron a un mayor incremento de inicio de actividad sexual”⁽²⁷⁾.

A nivel internacional

Rafael, ABREU y col., en Cuba, el 2008, realizaron un estudio sobre “Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes”, el cual tuvo como objetivo determinar en qué medida ha disminuido la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes en un lapso aproximado de cinco años, así como algunos factores que influyeron en ello. El método fue

descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituido por estudiantes de 8vo grado de la ESBU Ernesto Valdés Muñoz y todos los estudiantes de 12mo grado el IPVCE Eusebio Olivera Rodríguez y la muestra estuvo conformada por 67 adolescentes de octavo grado y 72 de duodécimo grado. La técnica fue la encuesta y el instrumento cuestionario. Los resultados obtenidos fueron entre otros:

“El grupo etéreo que predominó fue de 17 a 19 años. En dicha población se está dando una disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales. El mayor porcentaje de adolescentes comprendidos entre 12 y 14 años, iniciaron sus relaciones antes de los 14 años. El 25% de los encuestados del primer grupo y el 15% del segundo grupo no utilizó protección con su pareja. La frecuencia de inicio de relaciones sexuales antes de los 14 años es muy superior en el grupo etéreo entre 12 y 14 años. El medio social extrafamiliar donde se desenvuelve el adolescente es el principal aporte de información en este tema, principalmente los amigos, 94.0% y 95.8% respectivamente, relegando a la familia y la labor del médico de la familia a último lugar”⁽²⁸⁾.

Elvia, VARGAS y col., en Colombia, el 2007, realizaron una investigación titulada “Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia”. El método fue descriptivo de tipo cualitativo. La técnica fue la entrevista a profundidad. La muestra fue de 72 entrevistas a profundidad a adolescentes entre los 13 y 19 años de edad (48 mujeres y 24 varones), de diferentes estratos

socioeconómicos en Bogotá y Cali. Dentro de las consideraciones finales tienen entre otras:

“Con respecto a las relaciones románticas, la información de los jóvenes mostró que en la toma de decisiones juega un papel importante la presión de los pares. Sin embargo, se encontró que la presión de los pares disminuye su importancia con la edad.

En cuanto a la actividad sexual, los adolescentes comienzan a tener sus experiencias sexuales en el marco de sus relaciones románticas, siendo éste un contexto óptimo para ello.

También se observó que entre menos actividades convencionales y pregenitales experimenten las parejas y entre más rápido se pase de un nivel a otro de la secuencia, pronto comienzan a tener actividades genitales o penetrativas.

La conjunción de otros factores como la influencia, directa o indirecta del grupo de referencia, la atracción y el deseo, junto con un contexto propicio para que ocurriera, también son factores que favorecen esta iniciación.

Otros adolescentes reconocieron que la falta de planeación de la primera relación sexual, obedece a que es un tema necesario de hablar.

La curiosidad, el deseo de experimentar y de saber lo que se siente, es la principal razón por la cual los y las jóvenes deciden empezar a tener relaciones sexuales.

Se encontró que en las decisiones de las adolescentes y sus parejas predominaron el estilo dependiente y el basado en el uso de estrategias intuitivas o espontáneas en función de los sentimientos del momento. Los datos también indican que los jóvenes que tienen más dificultades

para tomar decisiones planificadas presentan deficiencia en lo que a la actividad sexual se refiere. Los datos también mostraron que en ausencia de fuentes de información confiables en el medio familiar, y dado que la educación sexual en el colegio en general ocurre a destiempo, los jóvenes tienen que resolver sus inquietudes en torno a la sexualidad recurriendo a los amigos y a las parejas románticas”⁽²⁹⁾.

Patricia, NOBOA y col., en Puerto Rico, el 2006, realizaron un estudio titulado “Autoeficacia en la Negociación Sexual: Retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas”. En este estudio participaron 110 mujeres estudiantes de 17 a 22 años, que cursaban entre el primer y tercer año de estudios de pregrado. La técnica fue la encuesta y los instrumentos fueron dos, la Escala de Autoeficacia y el instrumento de datos socio- demográficos. Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva y correlacional. Los resultados obtenidos fueron los siguientes entre otros:

“En cuanto a la negociación sexual, las mujeres contestaron “definitivamente puedo” con mayor frecuencia a ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo y expresar reafirmación por el interés de protegerse. Es decir, la mujer le dice a su pareja que utilice protección, se niega a la penetración anal sin protección y a practicar el sexo oral. El manejo emocional durante el proceso de negociación les resulta difícil. A mayor tiempo en la relación se perciben autoeficaces al igual que si están activas sexualmente”⁽³⁰⁾.

LOPEZ ROSALES y col., en México, el 2001, realizaron un estudio titulado "Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes". El objetivo fue estudiar la consistencia interna, validez y estructura factorial de la escala *Self-Efficacy for AID (SEA 27)*. El método fue cuasi experimental correlacional, de corte transversal. La muestra fue aleatoria simple de 964 adolescentes tomados en 58 centros de salud públicos de Monterrey. Dentro de los resultados tenemos:

"En este estudio se mide la actitud hacia el uso de los preservativo y planificación sexual, información acerca de sexualidad y finalmente se especificaron 15 conductas de riesgo que el sujeto ordenó según importancia. Para ello se empleó la Escala de Autoeficacia de 27 elementos para Prevenir el SIDA (SEA-27), junto con preguntas cerradas tipo Likert, dicotómicas y un cuestionario integrado por dos preguntas abiertas sobre aspectos relevantes de la conducta sexual para validar la escala. Se recogieron datos de variables sociodemográficas y socioeconómicas y la autoeficacia se evalúa desde la teoría sociocognitiva de Bandura, en tres aspectos de la conducta relacionada con el sexo:

- Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias.*
- Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el preservativo (Se evalúa como variable dicotómica si se utilizó o no preservativo en la primera relación, el haberla planificado o no, el cómo y dónde de la relación sexual, número de personas con las que*

ha tenido relaciones sexuales, estimación de efectividad del preservativo).

-Capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anterior y otras conductas de riesgo como consumo de drogas (es decir, de donde se obtiene información, aquí el sujeto evalúa en qué grado es buena o mala información, el tema del cual le gustaría tener información y la fuente principal de su información).

Se deduce que existe una relación significativa entre numero de compañeros sexuales y nivel de Autoeficacia. A mayor nivel de Autoeficacia, menor número de compañeros sexuales”.

A mayor edad, mayor Autoeficacia percibida para usar el preservativo. A mayor clase social, mayor Autoeficacia percibida para evitar conductas de riesgo y para usar el preservativo.

Los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales poseen un alto nivel de autoeficacia que los que sí tienen relaciones.

La validez de la escala se estudia por la correlación de Pearson con las variables numéricas, con la t de Student para muestras independientes dicotómicas y ANOVA con las politómicas. Concluyéndose que se trata de una escala fiable y válida”⁽³¹⁾.

Javier, GOMEZ y col., en España, en 1996, realizaron una investigación titulada “Autoeficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes” en la que se aplica la Autoeficacia Percibida de Albert Bandura. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo. La muestra fue de 876 mujeres

escolarizadas y solteras comprendidas entre los 16 y 25 años. La técnica fue encuesta y el instrumento un cuestionario que incluían los siguientes aspectos, tales como: datos sociodemográficos, comportamiento sexual y contraceptivo, test de Actitud hacia la sexualidad, escala de Autoeficacia contraceptiva, escala Valoración de Costos y Beneficios del uso de Métodos Anticonceptivos, escala de susceptibilidad al embarazo y la escala de Conocimientos sobre contracepción. Los resultados y conclusiones fueron entre otras:

“Se encuentra que las mujeres que no tienen experiencia sexual tienden a considerarse menos eficaces para manejar una situación sexual de riesgo, que las que si tienen experiencia.

Las mujeres sexualmente activas tienden a ser mas erotofílicas (actitud positiva a la sexualidad) que las no activas. Las erotofílicas son más autoeficaces que las erotofóbicas, sin embargo no hay mucha diferencia entre activas y no activas, pero hay una tendencia.

El grupo que tiene erotofilia, se considera a sí mismas como más eficaces a la hora de controlar una situación de riesgo, aun sin haber vivido esta experiencia. El grupo que tiende a la erotofobia se perciben claramente como menos autoeficaces. Las mujeres de este grupo estarían desprotegidas respecto al riesgo de embarazo no deseado.

Las mujeres que son sexualmente activas tienden a ser más autoeficaces que las que no lo son, deduciendo que la actividad sexual influye en la autoeficacia.

En la medida en que se consiga personas que se perciban altamente autoeficaces en una situación de riesgo, la probabilidad de que se evite

el riesgo en situaciones altamente eróticas aumentará. Se concluye que la autoeficacia percibida sugiere que antes de las primeras experiencias sexuales, una joven debería poder anticipar (en el sentido de pensar que pudiera ocurrir o que ocurrirá) esa experiencia”⁽³²⁾.

Por lo expuesto podemos evidenciar, si bien es cierto se han encontrado algunos estudios relacionados al tema, los cuales han orientado en la elaboración del diseño metodológico, aún no se ha realizado un estudio en la Institución Educativa “El Pacífico”, por lo que es importante realizarlo a fin de identificar puntos críticos en cuanto a la dimensión sexual del adolescente y elaborar estrategias para promover la adopción de conductas sexuales saludables.

F.2. Base Teórica

ASPECTOS GENERALES SOBRE ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período que engloba un conjunto de cambios internos y externos, es por ello que muchos autores la consideran como un proceso complejo y multidimensional.

Tal es el caso de Hurlock, quien plantea que “La palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere* que significa *crecer*. Es un período de transición en el cual el individuo pasa física y

psicológicamente de la condición de niño a la de adulto. La adolescencia se inicia cuando el individuo alcanza la madurez sexual y se extiende hasta la independencia legal de la autoridad de los adultos. Esta etapa va como promedio desde los 13 a los 18 años” ⁽³³⁾.

La Organización Mundial de la Salud en cambio, define la adolescencia como “un período de vida que se da entre los 10 y 19 años”. Distingue en ella dos fases “la adolescencia temprana (entre los 10 y 14 años) y la adolescencia tardía (entre los 15 y 19 años)” ⁽³⁴⁾.

Desarrollo del adolescente

Por ser una etapa de transición, la adolescencia es un período en el que se experimenta cambios en el plano biológico, psicológico y social, los cuales permitirán al joven desarrollar su personalidad. Así tenemos que:

Cambios biológicos

En la adolescencia se da “la pubertad”, proceso en la que se evidencia el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y que determinarán la madurez biológica y sexual del adolescente. Carlos Cáceres, citado por Margarita Chu, define la pubertad como “el periodo durante el cual ocurre un súbito crecimiento y maduración de las gónadas y el resto de los órganos genitales y la aparición de caracteres

sexuales secundario, lo que lleva al desarrollo de la capacidad reproductora” ⁽³⁵⁾.

Estos cambios fisiológicos están determinados por un aumento acentuado de hormonas, dándoles a cada sexo características diferentes.

Se dice que “en la mujer el primer cambio puberal es el desarrollo de las mamas, luego se da un aumento de tejido graso en caderas y glúteos. Alrededor de los 13 años ocurre la menarquía, poco después de la cual se produce la primera ovulación. Los huesos de la pelvis van adquiriendo la forma ancha y redondeada que caracteriza a la mujer (pelvis ginecoide). Todos estos cambios se deben a que la hormona estimulante del folículo estimula los ovarios a producir estrógenos, estimulando el crecimiento mamario, uterino y vaginal. Por otro lado, las glándulas suprarrenales producen andrógenos, que estimulan el crecimiento del vello pubiano, axilar y la aparición del acné” ⁽³⁶⁾.

Asimismo, en la pubertad masculina las hormonas producidas por la hipófisis estimulan la producción de testosterona en los testículos, la cual es responsable de los cambios. “Se da el crecimiento de testículo y escroto, aparición de vello púbico, facial y axilar. El vello

facial aparece como una pelusa en la zona del bigote, y el pecho. La laringe crece y la voz del joven comienza a hacerse grave. Entre los 11 y 16 años se inicia el aumento acelerado de estatura, producto de un aumento de la masa muscular” ⁽³⁷⁾.

Cambios psico-sociales

El adolescente durante su desarrollo aparte de atravesar por cambios fisiológicos, experimentan cambios psicológicos y sociales. Estos últimos, influyen directa e indirectamente sobre el comportamiento del adolescente y el afronte a los diversos eventos por los que atraviesa.

De acuerdo a Rodríguez y Chu, “los cambios psicológicos no se pueden individualizar del aspecto social que rodea a la persona humana, y se tienen que enfocar como un todo. Este desarrollo psicosocial abarca áreas de cambios en el terreno cognitivo, moral, afectivo, social y psicosexual” ⁽³⁸⁾.

En cuanto al desarrollo cognitivo “al iniciarse la adolescencia, emerge el pensamiento abstracto-hipotético-deductivo, pues se desarrollan habilidades cognitivas de resolución de problemas y de interacción social. Al termino de la adolescencia se perfila mejor la

visión idealista del mundo, pues el adolescente se proyecta al futuro y siente la necesidad de dar sentido a su vida”.

En el área moral se dice que “el joven se esfuerza por definir un sistema personal de valores y principios morales. Alcanza conceptos abstractos de justicia y derechos humanos, asumiendo una actitud crítica de valores frente a sí mismo y a los otros”.

En lo que refiere al aspecto afectivo “se considera la nueva imagen del joven frente a los cambios fisiológicos que experimenta, lo cual se traduce en inseguridad e inestabilidad afectiva, momentos de introversión y aislamiento, irritabilidad y cambios bruscos de humor, búsqueda de emociones intensas y actitudes egocéntricas con subjetivismo sobrevalorado”.

Respecto al desarrollo social se dice que “tanto las características sociales económicas como las culturales determinan la forma y el estilo de manifestarse la adolescencia, pues se dan situaciones como la necesidad de independencia, alejamiento de padres; búsqueda de seguridad en grupo de jóvenes, con los que comparten ideas y valores; surgimiento de parejas y amigos íntimos; búsqueda de relación estable; consolidación de los grupos de amigos;

búsqueda de la integración sexual que le permitirá adecuar sus planes de vida”.

Por último, en relación al desarrollo psicosexual del adolescente se plantea que “...comprende una evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital, siendo diferente en varones y mujeres; al inicio se intensifica el impulso sexual, luego se subordina a las normas éticas y normas de vida, lográndose una identidad sexual clara que hace que los jóvenes estén aptos para formar una familia y tener relaciones sexuales responsables” ⁽³⁹⁾.

De modo que todas las áreas antes mencionadas responden a la interacción del adolescente con su entorno, especialmente si se habla de la dimensión psicosexual, pues contempla aspectos íntimamente relacionados a la sexualidad del adolescente y al ejercicio del mismo.

SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

La sexualidad es una entidad compleja y relevante en el adolescente. Ello lo corrobora Ampuero, pues refiere que “la sexualidad es una de las dimensiones más importantes de cada persona y un aspecto que cambia profundamente durante la adolescencia...” ⁽⁴⁰⁾.

Conger afirma que “...de todos los acontecimientos del desarrollo de la adolescencia, el más dramático es el aumento del impulso sexual, así como de los sentimientos y pensamientos nuevos, y a menudo misteriosos, que lo acompañan. Un obstáculo importante, tanto para los muchachos como para las muchachas, en esta etapa de su vida, es la integración exitosa de la sexualidad con otros aspectos del surgimiento del sentido de sí mismo, sin tener que pasar por demasiados conflictos y ansiedad” ⁽⁴¹⁾.

La sexualidad está constituida por varios aspectos, aún cuando generalmente al hablar de ella se hace énfasis sólo en el acto sexual. De acuerdo a Bendezú, citado por Chu, “la palabra sexualidad generalmente evoca sensaciones e imágenes placenteras relacionados con el contacto personal, o ideas en torno a algo vergonzoso y prohibido...” ⁽⁴²⁾. Es decir, la sociedad percibe una noción superflua de lo que realmente viene a ser sexualidad.

Así tenemos que según Bendezú, citado por Chu, “la sexualidad tiene que ver con la forma de relacionarnos con los demás a partir de nuestro sexo, nuestras creencias, filosofía y ética, es decir, se expresan en nuestra relación con los otros” ⁽⁴³⁾.

Según Ucros y Moreno, citado por Margarita Chu, define la sexualidad humana como “un fenómeno complejo que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales, el cual no comienza en la adolescencia, sino que es una continuación de fenómenos que se observan desde la niñez; el mismo que esta potenciada por los cambios hormonales que ocurren durante la pubertad, adquiriendo la sexualidad adquiere una nueva dimensión, constituyendo una parte fundamental del universo de los adolescentes” ⁽⁴⁴⁾.

Para Arroba, citado por Ampuero, “la sexualidad incluye tanto el sexo biológico como la identidad de género, posee además, una dimensión afectiva, espiritual y socio-cultural que involucra los sentimientos, valores, actitudes y normas...” ⁽⁴⁵⁾.

A ello, Freddy Pérez agrega que “la sexualidad es comprendida como producto de los sistemas culturales y sociales, por lo que se considera como una construcción social y de la naturaleza intersubjetiva de los significados y experiencias sexuales” ⁽⁴⁶⁾.

Por lo que la sexualidad del adolescente integra todas las dimensiones del ser humano, desde lo biológico hasta lo cultural, es por ello que es un tema sumamente delicado y sustancial para esta etapa.

Comportamiento sexual del adolescente

El contexto social en el que se enmarca la construcción y la vivencia de la sexualidad del adolescente juega un papel relevante en las prácticas sexuales de este grupo etáreo. Freddy Pérez plantea que “la sociedad en la actualidad niega a los adolescentes y jóvenes de ambos sexos una serie de derechos, y particularmente aquellos relacionados con la sexualidad y reproducción. Esta censura lleva a que los jóvenes-sobre todo las mujeres-vivan su sexualidad de manera clandestina, sin planificar sus acciones en este terreno...” ⁽⁴⁷⁾.

Asimismo, se dice que “la mayoría de los adolescentes vive su sexualidad con angustia, confusión, ambivalencia y culpa, no sólo por el desconcierto que sienten frente a los cambios que experimenta su cuerpo y por la mayor intensidad de sus impulsos sexuales, sino sobre todo por la forma en que es concebida la sexualidad”. “Generalmente los jóvenes llegan a esta etapa con un alto grado de ignorancia sobre los cambios fisiológicos y endocrinos durante dicho periodo, lo que puede producir actitudes y creencias distorsionadas hacia el comportamiento sexual...” ⁽⁴⁸⁾. Por todo ello, es de gran importancia que los adolescentes tengan en consideración aspectos éticos que rijan su comportamiento sexual.

Conviene señalar algunas precisiones establecidas por Florencio Escardó, quien plantea que “existen cuatro categorías morales que hacen del acto sexual una relación humana plena, y son la conciencia, la reciprocidad, la libertad y la responsabilidad. Por conciencia se entiende como el conocimiento de qué es lo que va a suceder; reciprocidad es la relación sensorial afectiva de carácter mutuo y recíproco; por libertad se ha de entender el derecho de ambos personajes para disponer de su cuerpo sin lesión de su voluntad, con albedrío y sin ataque a los derechos del otro; y la responsabilidad, que es la condición máxima en la que surge una responsabilidad primaria hacia el tercer ser que puede ser concebido y para el que han de preverse todas las situaciones de seguridad posible” ⁽⁴⁹⁾.

Conductas sexuales de riesgo en el adolescente

Según Margarita Chu “...la deficiente información puede producir actitudes y creencias distorsionadas hacia el comportamiento sexual, dando como resultado alguna infección de transmisión sexual o embarazos no deseados” ⁽⁵⁰⁾. Es decir, producto de la práctica de conductas sexuales riesgosas, como es el acto sexual sin protección y principalmente el inicio precoz de las relaciones sexuales, trae consigo problemas a nivel social e individual.

Inicio precoz de las relaciones sexuales

El inicio precoz de la actividad sexual es un problema que se da en la actualidad, y que está siendo un tema de gran preocupación por sus altos índices. Según el INEI “para el 2002 en América Latina el inicio sexual temprano es más común en adolescentes varones que en adolescentes mujeres (45% vs. 10%). En Perú, el 25% de los adolescentes afirma tener actividad sexual” ⁽⁵¹⁾.

“En el año 2005, de las adolescentes solteras 1 de cada 10 han tenido relaciones sexuales, antes de los 15 años” ⁽⁵²⁾. Ello trae consigo problemas de gran impacto en el adolescente, como por ejemplo: el embarazo precoz, las enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, abortos, deserción escolar, entre otros.

Así, en Perú, en el año 2002 de acuerdo al INEI un 13,5% de adolescentes son madres o estén embarazadas (175,000) y según el Censo - 2007, el 0.5% de adolescentes entre 12 y 14 años, y el 11.7% de jóvenes entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas (3,9). Las tasas de infecciones de transmisión sexual señala que el 33.2% de la mujeres reportaron haber tenido una ITS, y el porcentaje de varones que reportaron este mismo hecho fue sólo 11.9%” ^(53,54).

Con respecto al VIH-SIDA, la Oficina General de Epidemiología plantea que el 50% de los casos diagnosticados de SIDA han sido menores de 30 años lo cual sugiere que la edad de infección sea menor a los 20 años ⁽⁵⁵⁾.

Esta realidad se debe a la presencia de factores que contribuyen al incremento de las relaciones sexuales en el adolescente y por ende, de los problemas sociales. Según Margarita Chu, estos factores son:

“La disminución del aporte afectivo de la familia induce a los jóvenes a buscar apoyo en sus pares; así también la incapacidad de los adultos para impartir normas de conducta claras e inequívocas a los adolescentes; la movilidad creciente de los adolescentes y menor vigilancia social; la aceptación de nuevos valores, muchas veces provenientes de otras culturas; la generalización de la unión consensual; ciertos cambios de carácter fisiológico como la menarquía precoz; la influencia de los medios de comunicación que cada vez son más explícitos en cuanto a las relaciones sexuales y el bombardeo de los medios masivos de comunicación social, incita al joven a experimentar nuevas formas de disfrutar el sexo” ⁽⁵⁶⁾.

La disminución del efecto de estos factores sobre el inicio precoz de las relaciones sexuales, se puede lograr si la visión del comportamiento sexual del adolescente es abordada desde su subjetividad, de tal forma que sea el mismo adolescente quien se autoforme y autoconstruya una vida sexual oportuna y saludable.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA E INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN EL ADOLESCENTE

La autoeficacia es considerada como la creencia que tiene el ser humano sobre sus capacidades y sobre el control que ejerce sobre su funcionamiento. Este término fue definido por el psicólogo Albert Bandura en el año 1977, con la publicación de su artículo “Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change” (Autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual). “Bandura inició el estudio de la auteficacia, motivado por la importancia que tiene el pensamiento autorreferente en la conducta de las personas. El conocimiento que tiene cada persona de su capacidad, la estimula o inhibe a realizar una determinada acción” ⁽⁵⁷⁾.

Albert Bandura, citado por José Canto, identificó un aspecto importante de la conducta humana, “...las personas crean y desarrollan sus autopercepciones acerca de su capacidad, las mismas que se convierten en los medios por los cuales siguen sus metas y controlan lo que ellos son capaces de hacer para controlar, a su vez, su propio ambiente” ⁽⁵⁸⁾.

Así también, define la autoeficacia percibida “como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones

requeridas para manejar las situaciones futuras y lograr determinados resultados” ⁽⁵⁹⁾.

Fabián Olaz considera que “la autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados” ⁽⁶⁰⁾.

Nola Pender, enfermera que nació en Lansing, Michigan, construyó un Modelo de Promoción de la Salud, en el que utiliza el término de autoeficacia percibida, considerándola como “el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de la salud”^(61,62), “...el hecho de que una persona esté firmemente convencida de que una conducta es asumible, puede influir en que se alcance dicha conducta” ⁽⁶³⁾.

Posteriormente, Wolff y Lear, citados por Freddy Pérez en su libro titulado “Sexualidad y mujeres jóvenes: Negociación, protección y placer”, incorporan la autoeficacia en el plano sexual del ser humano, mencionando los principales componentes para una negociación sexual “*en primer lugar, la habilidad para comunicarse con su pareja acerca de la sexualidad en general y de las vivencias de ambos en este terreno. El segundo componente es la autoeficacia, entendida como la percepción que tiene el individuo sobre su*

propia capacidad de influir en el curso de una situación relacionada con su vida sexual”⁽⁶⁴⁾.

Es decir, la autoeficacia percibida es la respuesta expresada por el adolescente sobre la impresión que tiene la persona en cuanto a su capacidad para enfrentar situaciones relacionadas al curso de su diario quehacer, cotidianidad y vida sexual.

Dimensiones de la autoeficacia percibida

Según Canto y Rodríguez, las creencias que las personas sostienen acerca de su autoeficacia es el producto de la interacción de cuatro fuentes principales: **(a) las experiencias anteriores; (b) las experiencias vicarias; (c) la persuasión verbal o social y (d) los estados fisiológicos.**

*“Las **experiencias personales o anteriores**, particularmente el éxito o el fracaso, son la fuente principal de la autoeficacia y ejerce la mayor influencia sobre la conducta del individuo, es decir, se refieren a que el individuo mide los efectos de sus acciones, y sus interpretaciones de estos efectos que le ayudan a crear su autoeficacia con respecto a la acción realizada; **las experiencias vicarias** (aprendizaje por observación) influyen en las expectativas de autoeficacia cuando éste observa la conducta de otros; **la persuasión verbal o social**, es cuando la autoeficacia se desarrolla como resultado de lo que le dicen otras personas; por último, **las reacciones fisiológicas** esta dado por lo que experimentan cuando se ven enfrentados a la ejecución de una determinada conducta”⁽⁶⁵⁾.*

Albert Bandura, citado por Patricia Noboa, sugiere integrar cuatro componentes medulares de la autoeficacia a los modelos de prevención: **(a) el componente cognitivo; (b) el componente conductual; (c) el fortalecimiento de la autoeficacia y (d) el apoyo social.**

*“El **componente cognitivo** está vinculado con proveer información tanto sobre el riesgo asociado a un comportamiento en específico, como en el desarrollo de conocimientos sobre las aéreas que se van a potenciar a través de la intervención. El segundo componente, el **conductual**, está vinculado con el desarrollo de destrezas sociales y autorreguladoras necesarias para una acción preventiva efectiva. Las **experiencias personales o anteriores** ejercitando el control de una situación social, facilitan el desarrollo de la autoeficacia. Esto es importante ya que las personas necesitan estar convencidas de su eficacia para realizar esfuerzos que reten sus capacidades. Finalmente, el componente de **apoyo social**, va dirigido a reforzar y mantener el comportamiento”⁽⁶⁶⁾.*

De manera similar lo establece Nola Pender, pues menciona que el conocimiento personal acerca de la autoeficacia se basa en cuatro tipos de información:

*“(1) **logros anteriores** de desempeño de la realización de la conducta u evaluación del desempeño en relación a un auto-estándar o retroalimentación externa dada por otros; (2) **las experiencias sustitutas** por observar el desempeño de los otros y su autoevaluación y retroalimentación relacionadas; (3) **la persuasión verbal** por parte de otros acerca de los que uno posee la capacidad para llevar a cabo un curso en particular; y (4) **los estados fisiológicos** (por ejemplo ansiedad, temor, calma, tranquilidad) a partir de los cuales la gente juzga sus competencias”⁽⁶⁷⁾.*

“La autoeficacia más alta da como resultado menor percepción de barreras y la realización de la conducta objetivo. La autoeficacia motiva la conducta promotora de la salud directamente por medio de las expectativas de eficacia e indirectamente afectando las barreras percibidas y el compromiso en perseguir un plan de acción”⁽⁶⁸⁾.

La autoeficacia percibida es entendida como la expresión o juicio del adolescente sobre su capacidad para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales y está dada por las dimensiones relacionadas a **experiencias personales o anteriores**, las cuales están referidas al hecho de tener experiencia de relación sentimental, experiencia de besos, caricias y abrazos con el sexo opuesto y experiencia de contacto personal íntimo sin penetración; **conocimientos sobre sexualidad** referido a si conoce o no la definición de sexualidad, cambios físicos, psicológicos y sociales, definición de relaciones sexuales, definición de ITS, riesgo de relaciones sexuales tempranas, beneficios del retraso del inicio de las relaciones sexuales y control de emociones e impulsos sexuales frente a una propuesta de relaciones sexuales; **la toma de decisiones** relacionada a tomar la decisión de rechazar o aceptar una propuesta de relación sexual en diferentes circunstancias, y por último **la influencia social**, el cual está referido a el contacto con personas que hayan retrasado sus relaciones sexuales, contacto con personas con experiencias negativas (embarazos no planificados, abortos), búsqueda de apoyo en padres o familiares para

tomar decisión de rechazar o aceptar relaciones sexuales y búsqueda de información sobre sexualidad en los diversos medios de comunicación.

Características de la autoeficacia percibida

Canto y Rodríguez señalan que la autoeficacia percibida se caracteriza por: (a) magnitud, (b) fuerza, y (c) generalidad.

“La magnitud de la autoeficacia se refiere al número de pasos de creciente dificultad que la persona cree es capaz de superar. La fuerza se refiere a que tan convencida y resuelta está una persona con respecto a que puede realizar alguna conducta determinada. Por último, la generalidad de la autoeficacia es la medida en la que las experiencias de éxito o fracaso al realizar alguna actividad pueden extenderse a otras conductas o contextos similares” ⁽⁶⁹⁾.

La totalidad de estas características facilitan la determinación de la escala de medición de los indicadores que se deriven de esta variable, la misma que puede ser aplicada en varios campos del ser humano.

Importancia de la autoeficacia percibida en el inicio de las relaciones sexuales del adolescente

La autoeficacia percibida es una cualidad inherente que debe tener el adolescente al hablar de su vida sexual, de tal forma que influya positivamente en su ejercicio.

Por ello se deduce que si la autoeficacia percibida es alta en los jóvenes, éstos pueden tener un mayor control sobre su comportamiento sexual, y así poder retrasar el inicio de sus relaciones sexuales o negocien la protección de las mismas.

Conociendo estos aspectos, a través de las actividades preventivo-promocionales se puede reforzar la conducta sexual del adolescente y por ende, contribuir con la salud sexual del mismo.

EL ENFERMERO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como *“un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o*

grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno”⁽⁷⁰⁾. Es decir, la Promoción de la Salud busca que el individuo logre su propio bienestar adoptando un comportamiento saludable frente a otro que podría ser nocivo para su salud.

Esta visión de promoción de la salud requiere establecer líneas de acción que conduzcan al individuo, familia y/o comunidad hacia conductas saludables que favorezcan en ellos un adecuado estilo de vida. Por ello, la OPS estableció los siguientes lineamientos: *“Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud, mejorar las condiciones del medio ambiente, promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la Ciudadanía, reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud, y reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo”*⁽⁷¹⁾. Estas líneas de acción constituyen el soporte del actuar del profesional de salud, quienes a través de herramientas básicas como la educación para la salud generan cambios favorables en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas, optimizando su estilo de vida.

Por otro lado, el Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el período 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como parte de la Promoción de la Salud. Esto supone, en términos generales, *“priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y discapacitados”*⁽⁷²⁾.

El MAIS constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones para satisfacer las necesidades de desarrollo y mantenimiento de la salud. En este marco la atención integral es considerada como *“la provisión continua y con calidad de una atención orientada a la promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud, para las personas, familias y comunidades”*⁽⁷³⁾, el cual parte de un enfoque biopsicosocial y está a cargo de personal de salud competente y coordinado, entre ellos el personal de Enfermería.

En la atención de salud integral de la etapa de vida adolescente, el MAIS considera la provisión de un paquete de cuidados esenciales en salud para atender sus principales necesidades de salud en el contexto de su familia y comunidad, el cual está comprendido por el

control de **crecimiento y desarrollo** en el que se considera la evaluación del crecimiento físico y estado nutricional, la evaluación del desarrollo sexual según Tanner, la evaluación de la agudeza visual, evaluación de la agudeza auditiva, evaluación físico postural, evaluación del desarrollo psicosocial, Tamizaje de violencia, identificación de factores de riesgo y de protección, atención odontológica, inmunizaciones; **sesiones educativas, talleres integrales, consejería integral respecto a temas acorde a los factores de riesgo encontrados (habilidades sociales, sexualidad, relaciones sexuales, anticoncepción, entre otros.), visita domiciliaria - visita familiar integral y educación de pares** ⁽⁷⁴⁾. Es aquí donde la enfermera como parte del equipo de salud especializado en la atención integral del adolescente cumple un rol preponderante, puesto que tiene la responsabilidad de fomentar la adopción de estilos de vida saludable en los diversos niveles de atención tanto a nivel extramural como intramural, de ahí que cuando cumple el rol de educadora en el área de promoción de la salud y prevención de enfermedades, usando metodologías participativas y didácticas como lluvia de ideas, plenarias, análisis de casos, audio foros, etc., y aplicándolo en el paquete de cuidados, principalmente en las consejerías y talleres integrales, sesiones educativas y educación de pares, entre otros., puede fomentar el aprendizaje y por ende promover estilos de vida saludables en los adolescentes a partir de una conducta

promotora de salud como retrasar el inicio precoz de las relaciones sexuales y así evitar embarazos no planificados, ITS/VIH, deserción escolar, entre otros problemas psicosociales.

Cabe resaltar que existen modelos o guías relacionados a la promoción de conductas saludables, tal es el caso del modelo de la Promoción de la Salud (MPS) elaborado por la enfermera Nola Pender, el cual basándose en aspectos teóricos de Albert Bandura, considera la autoeficacia percibida como una característica relevante en la adopción de conductas saludables, por lo que ha sido aplicada en varios campos y funcionamientos pero de manera somera en lo que respecta a la sexualidad del ser humano.

Es por ello que su utilización en el ámbito sexual, contribuiría a alcanzar un estilo de vida saludable, mediante el cambio del comportamiento o conducta de riesgo, por ello el poner mayor énfasis en determinar la autoeficacia percibida para la adopción de conductas sexuales saludables como retrasar el inicio de relaciones sexuales en este grupo, favorecerá un estado de salud óptimo, puesto que es la principal meta de la promoción de la salud.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

■ **Autoeficacia percibida:** Es la respuesta expresada del adolescente en torno a la impresión o juicio que tiene acerca de su capacidad para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales, interviniendo en él sus experiencias personales, conocimientos sobre sexualidad, influencia social y capacidad de tomar decisiones. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y una escala modificada tipo Lickert y valorada en alta y baja autoeficacia.

■ **Relaciones sexuales:** Es la respuesta expresada del adolescente sobre la experiencia de contacto sexual íntimo (coito) con personas.

■ **Adolescente:** Es la persona de sexo femenino y masculino de 10 a 15 años.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

El estudio fue de nivel aplicativo toda vez que parte de la realidad y a partir de los hallazgos va a permitir modificarla y/o transformarla, tipo cuantitativo ya que se le va asignar un valor numérico a los hallazgos, método descriptivo de corte transversal ya que ha permitido presentar los datos tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado.

B. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Institución Educativa “El Pacifico” ubicada en el distrito de San Martin de Porres, limita por el Norte con la calle Tobías Meyer, por el este con la Iglesia Señor de la Paz, por el

Sur con la I. E 2082 y por el Oeste con viviendas aledañas. Pertenece a la Unidad de Gestión Educativa N°02 (UGEL 02) y actualmente es dirigida por el Director General, el Sr. Lic. Carlos Cárdenas y la Sub-Directora, la Lic. Rosa Bardales.

La Institución Educativa consta de 30 aulas, una sala de cómputo, biblioteca, auditorio, sala de profesores, losa deportiva y una bodega donde suministran alimentos variados. Asimismo, en el plantel se brinda instrucción secundaria y tiene una población de aproximadamente 780 alumnos de sexo masculino y femenino entre 10 y 19 años de edad. La I.E no cuenta con un consultorio de Enfermería; pero si se contempla dentro del programa educativo diversas actividades sobre educación sexual dirigida a todos los estudiantes.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 180 estudiantes del 1º, 2º y 3º año de secundaria, y la muestra fue obtenida mediante el muestreo no probabilística por conveniencia quedando finalmente conformada por 100 estudiantes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adolescentes entre 10 y 15 años de edad matriculados en la I.E.

- Adolescentes sin experiencia sexual.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Estudiantes menores de 10 años o mayores de 15 años.
- Estudiantes que no asistan al plantel el día de la aplicación.
- Estudiantes que no completaron el instrumento.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, y el instrumento un cuestionario y una escala modificada tipo Lickert (Anexo C). Los mismos que fueron sometidos a validez mediante el juicio de expertos en el área (psicólogos, obstetrices, enfermeras, entre otros.) (Anexo E). Posteriormente se aplicó la validez y confiabilidad estadística para ambos instrumentos. (Anexo H, I, J, K).

E. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó previo trámite administrativo a través de un oficio dirigido al director de la I. E “El Pacífico”, en el que se solicitó la autorización respectiva. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con el personal docente a fin de establecer

el cronograma de recolección de datos considerando un tiempo aproximado de 30-40 minutos para la aplicación del instrumento, el cual se realizó en el mes de Octubre, previo consentimiento informado.

F. PROCESO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de recolectar los datos, éstos fueron procesados utilizando el programa de Excel, previa elaboración del libro de códigos y tabla matriz tripartita (Anexo G). Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Para la medición de la variable se estableció que el nivel bajo tiene un puntaje menor a 61 puntos y el nivel alto mayor a 62. (Anexo K).

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en consideración la autorización de la dirección de la I.E “El Pacífico”, el consentimiento informado de los adolescentes, así como de los padres de familia, expresándoles que los datos obtenidos son de carácter anónimo y confidencial ya que sólo serán utilizados para fines del estudio (Anexo D).

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectar los datos y procesarlos, los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para facilitar su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos:

A. RESULTADOS

En relación a los datos generales del 100%(100) 57%(57) son de sexo femenino y 43%(43) de sexo masculino. En primer año, 58.1%(25) son mujeres; en segundo año, 51.6%(16) son mujeres y en tercer grado, 61.5%(16) son mujeres; y el 51%(51) tienen entre 14 y 15 años. (Anexo Q, R, S, T).

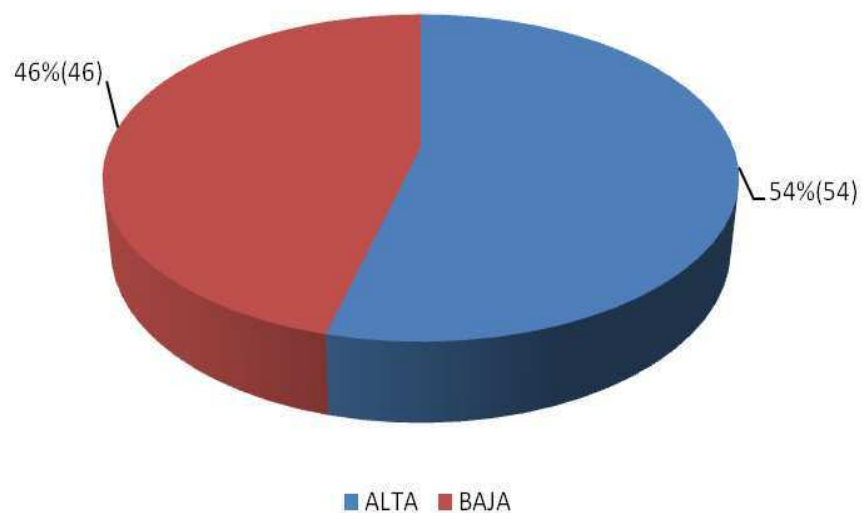
Por lo que se puede evidenciar que la mayoría de los adolescentes son de sexo femenino y tienen entre 14 y 15 años.

GRÁFICO Nº1

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LA I.E “EL PACÍFICO”. LIMA - 2010

LIMA-PERÚ

2010



Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”.2010.

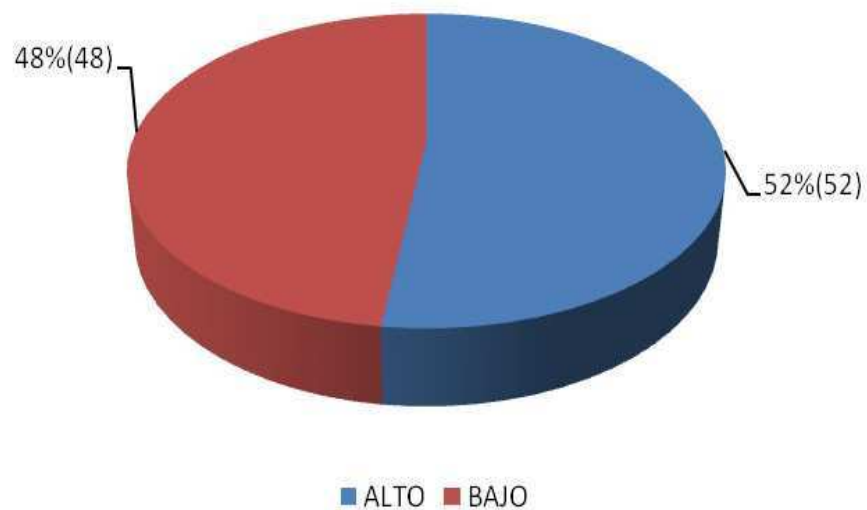
En cuanto a la autoeficacia percibida en los adolescentes para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales, tenemos que del 100%(100), 54%(54) tiene alta autoeficacia y 46%(46) baja. Los items referidos a alta autoeficacia percibida están dados por no poseer experiencia de contacto personal íntimo, conocer los cambios

GRÁFICO N°2

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LA DIMENSIÓN EXPERIENCIAS PERSONALES EN LA I.E “EL PACÍFICO”. LIMA – 2010

LIMA-PERÚ

2010



Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”.2010.

biologicos, psicologicos y sociales del adolescente, presentar total seguridad para rechazar una relación sexual cuando alguien que le amigos sobre su sexualidad; la autoeficacia percibida baja está dada por que poseen experiencia de contacto personal íntimo, desconocen

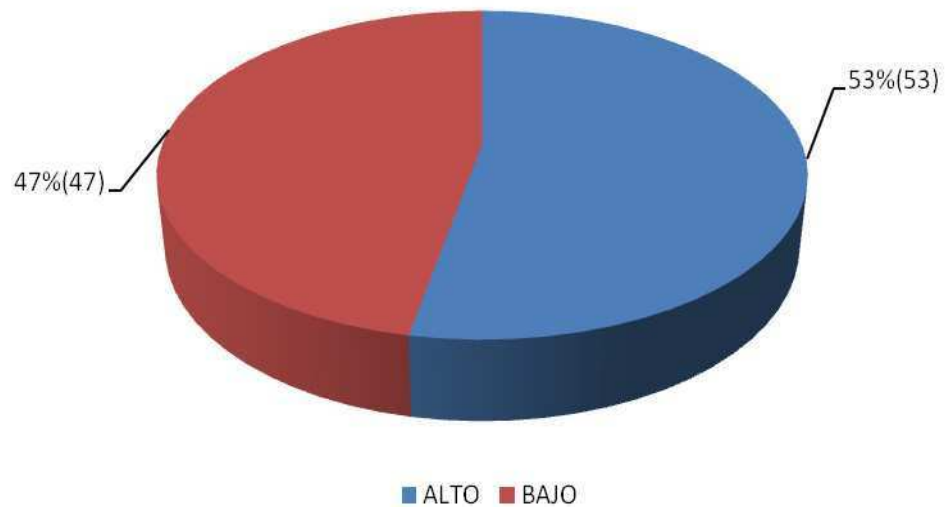
los cambios biológicos, psicológicos y sociales, se sienten poco seguros de rechazar una propuesta sexual cuando alguien que le gusta mucho se lo propone y poseen poca capacidad de conversar con sus amigos sobre sexualidad (Anexo M, N, O, P).

En relación a la autoeficacia percibida en la dimensión experiencias personales del 100%(100), 52%(52) tienen alta y 48%(48) baja. Los ítems referidos a alta experiencia están dados por no poseer relación sentimental y haber experimentado besos, abrazos y caricias sin llegar a la penetración, y la baja esta referida a que poseen relación sentimental y han experimentado besos, abrazos y caricias. (Anexo M).

Acerca de la autoeficacia percibida en la dimensión conocimientos sobre sexualidad del 100%(100), 53%(53) tiene alto conocimientos y 47%(47) bajo. Los ítems referidos a alto conocimiento están dados porque el adolescente conoce el significado de relaciones sexuales, conceptualización de infecciones de transmisión sexual y los riesgos de una relación sexual temprana sin planificación y el bajo está dado porque desconocen el significado de relaciones sexuales, definición de infecciones de transmisión sexual y los riesgos de una relación sexual temprana (Anexo N).

GRÁFICO Nº3

**AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA
RETRASAR EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES
EN LA DIMENSIÓN CONOCIMIENTOS SOBRE
SEXUALIDAD EN LA I.E “EL
PACÍFICO”. LIMA – 2010
LIMA-PERÚ
2010**



Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”. 2010.

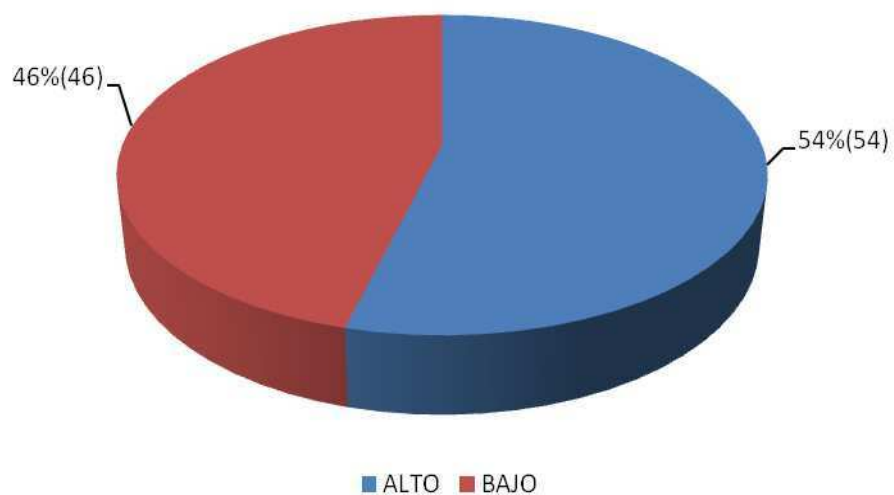
Respecto a la autoeficacia percibida en la dimensión toma de decisiones del 100%(100), 54%(54) tienen una alta capacidad para tomar decisiones y 46%(46) baja. La alta está referido a rechazar una

GRÁFICO Nº4

**AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA
RETRASAR EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES
EN LA DIMENSIÓN TOMA DE DECISIONES
EN LA I.E “EL PACÍFICO”.LIMA-2010**

LIMA-PERÚ

2010

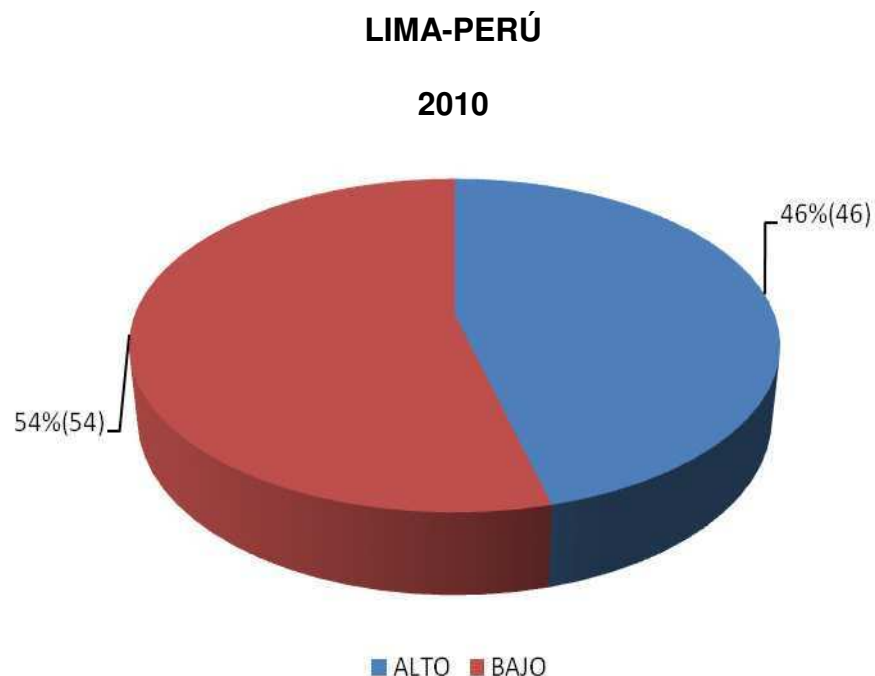


Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacífico”.2010.

relación sexual cuando se lo propone alguien que le gustaría se enamore de el/ella o con quien ha estado bebiendo alcohol, y los items de bajo están dados por aceptar una relación sexual cuando se lo propone alguien que le gustaría se enamore de el/ella o con quien ha estado bebiendo alcohol (Anexo O).

GRÁFICO Nº5

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LA DIMENSIÓN INFLUENCIA SOCIAL, EN LA I.E “EL PACÍFICO”. LIMA – 2010



Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”.2010.

Sobre la autoeficacia percibida en adolescentes en la dimensión influencia social, del 100%(100), 46%(46) posee una alta influencia social y 54%(54) baja. La alta está dada por la seguridad del adolescente para hablar con sus padres sobre sexualidad, y conocer a personas que hayan retrasado sus relaciones sexuales; los ítems de

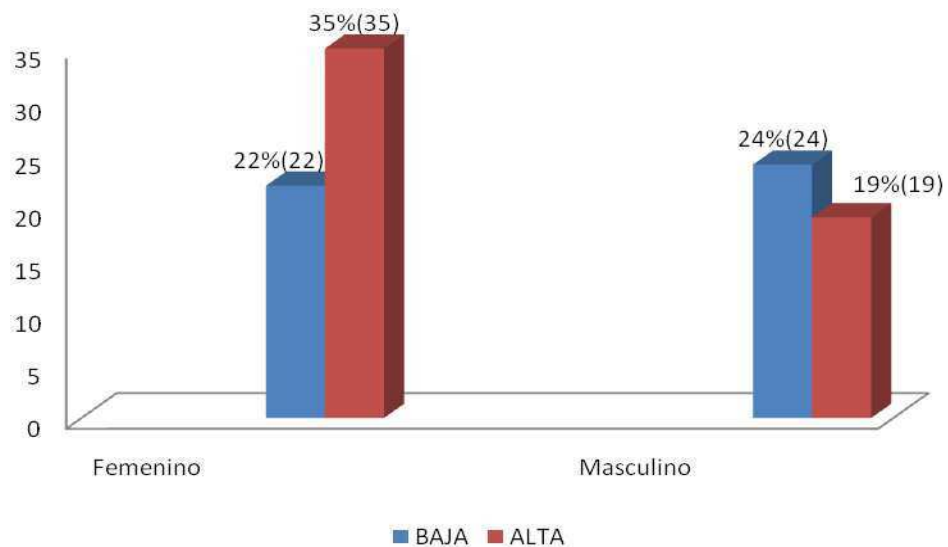
GRÁFICO N°6

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES, SEGÚN SEXO, EN LA I.E

“EL PACÍFICO”.LIMA – 2010

LIMA-PERÚ

2010



Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”. 2010.

baja influencia social están referidos a la inseguridad del adolescente para hablar con sus padres sobre sexualidad, no acceder a medios de comunicación para obtener información sobre sexualidad y no conocer personas que hayan retrasado el inicio de sus relaciones sexuales (Anexo P).

Acerca de la autoeficacia percibida para retrasar el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes, según sexo, del 100%(100), 35%(35) de las adolescentes mujeres y 19%(19) de varones, poseen una alta autoeficacia percibida. En relación a los que obtuvieron baja autoeficacia percibida, 22%(22) son mujeres y 24%(24) varones. (Anexo U).

B. DISCUSIÓN

Respecto a la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales, un porcentaje considerable presenta alta autoeficacia. Estos resultados muestran diferencia al ser comparados con el estudio realizado por Javier Gomez, en España, en 1996, sobre “Autoeficacia percibida en relacion al comportamiento sexual y contraeptivo de los jovenes”, en el que concluye que *“las mujeres que no tienen experiencia sexual tienden a ser menos autoeficaces para manejar una situación sexual de riesgo, que las que si tienen experiencia, deduciéndose que la actividad sexual influye en el nivel de autoeficacia”*⁽⁷⁵⁾. Esta afirmación no es congruente con los resultados del estudio, toda vez que más del 50% de la poblacion adolescente encuestada presenta una alta autoeficacia percibida para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales, la cual constituye una fortaleza en él para afrontar una situación sexual de riesgo.

Asimismo, Lopez Rosales, el 2001 en su estudio acerca de la “validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes”, concluye que *“los adolescentes que no han tenido relaciones poseen una alto nivel de autoeficacia que los que sí tienen relaciones”*⁽⁷⁶⁾, es decir, los adolescentes sexualmente no activos son más conscientes de los riesgos a los que se someten y por ende se perciben altamente autoeficaces para regular su conducta sexual.

Por lo que se puede concluir que un porcentaje significativo de adolescentes presenta una alta autoeficacia percibida para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales, lo cual los hace con una mayor capacidad para poder manejar situaciones de riesgo en el curso de su vida sexual a diferencia de aquellos adolescentes que obtuvieron una baja autoeficacia percibida, ya que ello los hace más susceptibles a embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual.

Acerca de la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de las relaciones sexuales en la dimensión experiencias personales, se evidencia que la mayoría tiene alta, seguido de baja. Al respecto, Elvia, VARGAS y col., en Colombia, el 2007, realizaron una investigación titulada “Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia”, concluyeron que *“en cuanto a la actividad sexual, los adolescentes comienzan a tener sus*

experiencias sexuales en el marco de sus relaciones románticas, siendo éste un contexto óptimo para ello. También se observó que entre menos actividades pregenitales experimenten las parejas y entre más rápido se pase de un nivel a otro de la secuencia, pronto comienzan a tener actividades genitales o penetrativas. La conjunción de otros factores como la atracción y el deseo, junto con un contexto propicio para que ocurriera, también son factores que favorecen esta iniciación⁽⁷⁷⁾. Ello quiere decir, que muchos de los adolescentes sin tener tanta experiencia sentimental y sexual acompañado de pocas habilidades o destrezas sociales tienen mayor vulnerabilidad a iniciarse sexualmente.

Por lo que se concluye que la mayoría de adolescentes presenta alta autoeficacia percibida en sus experiencias personales, es decir, son considerados menos susceptibles que aquellos con un nivel bajo, pues éstos tienen mayor tendencia de iniciar sus relaciones sexuales por la poca experiencia sentimental vivida, pero a la vez son considerados con menor riesgo ya que el acercamiento íntimo es casi nulo en ellos, a diferencia de los otros que si poseen experiencia en el campo sentimental y sexual.

En relación a la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de las relaciones sexuales en la dimensión

conocimientos sobre sexualidad, se observa que la mayoría tiene alto, seguido de bajo. Al respecto Anny Ricaldo, en Lima, el 2006, en su estudio titulado “Nivel de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de Centros Educativos de Lima”, concluye que *“los conocimientos sobre sexualidad en el plano biológico, cultural y psicológico es medio según edad y sexo”*⁽⁷⁸⁾. Dichos resultados se aproximan a los datos obtenidos en el presente estudio, pues los estudiantes tienen información a través de la escuela, padres y diversos medios de comunicación, lo cual influye en su conducta y por ende en su capacidad para regular una conducta sexual riesgosa.

Por lo que se deduce que más del 50% de los adolescentes tiene alta autoeficacia percibida en conocimientos sobre sexualidad, el cual los hace con mayor criterio para decidir en el curso de su vida sexual, a diferencia de aquellos con bajo conocimientos, puesto que se someten a riesgos como el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual, por desconocer aspectos relacionados a sexualidad, relaciones sexuales, anticoncepción, etc.

Sobre la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de las relaciones sexuales en la dimensión toma de decisiones, se aprecia que un número significativo de adolescentes poseen alta, seguido de baja. La toma de decisiones es considerada una capacidad

para resolver situaciones y optar por una conducta promotora de la salud, en este caso, decisiones relacionadas a conductas sexuales saludables.

Elvia Vargas, en Colombia, el 2007, realiza un estudio titulado “Toma de decisiones sexuales y reproductivas”, concluyendo que *“las decisiones que los jóvenes toman en lo relacionado con su vida sexual y reproductiva tiene implicancias importantes para su vida y fecundidad del adolescente”*⁽⁷⁹⁾. Por ello, es favorable que los adolescentes obtengan una alta capacidad para decidir acerca de su vida sexual, ya que evaden los diversos riesgos de una relación sexual temprana.

Por lo que se concluye que un porcentaje considerable de los adolescentes posee alta autoeficacia percibida para tomar decisiones en relación a su vida sexual, el cual está directamente relacionado con el desarrollo de destrezas sociales y autorreguladoras necesarias para una acción preventiva. Cabe resaltar que aquellos adolescentes con baja capacidad en la toma de decisiones son susceptibles a equivocarse, por lo que es necesario fortalecer esta habilidad social y así, prevenir conductas riesgosas.

Respecto a la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de las relaciones sexuales en la dimensión influencia

social, se evidencia que un porcentaje significativo posee alta influencia social. En el estudio de Amanda Rodriguez Sanchez, en Trujillo, el 2004, titulado “Factores que influyen en escolares para el inicio de la actividad sexual”, concluye que *“la ausencia de un adulto en la búsqueda de solución de problemas induce a que los adolescentes se inicien sexualmente y recurran a sus amigos como fuentes de mayor información”*. *“En lo que respecta al contacto con alguna hermana que haya sido madre antes de cumplir los 20 años, el inicio sexual de los escolares es mayor”*⁽⁸⁰⁾.

Asimismo, Elvia Vargas, en Colombia, el 2007, realiza una investigación titulada “Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia” y concluye que *“...en ausencia de fuentes de información confiables en el medio familiar, y dado que la educación sexual en el colegio en general ocurre a destiempo, los jóvenes tienen que resolver sus inquietudes en torno a la sexualidad recurriendo a los amigos y parejas románticas”*⁽⁸¹⁾.

Ambos estudios afirman que la mayoría de adolescentes no buscan ser guiados por sus padres o familiares adultos con tal de ser independientes y autónomos en sus decisiones, sino se dejan influenciar por la inexperiencia de sus pares, el cual podría conducirlos a adoptar conductas sexuales riesgosas.

Por lo que se puede deducir que un porcentaje significativo de adolescentes tienen alta autoeficacia percibida en la dimensión de influencia social. Ello se traduce en que si los adolescentes toman decisiones relacionadas al curso de su vida sexual es porque perciben modelos positivos o negativos que los ayuda a formar un pensamiento crítico y reflexivo de los acontecimientos que se dan si éstos inician su vida sexual.

En relación a la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales, según sexo, se puede decir que tanto en varones como en mujeres predomina la alta autoeficacia, y que existe un mayor porcentaje en las adolescentes mujeres. Amanda Rodríguez Sanchez, el 2004, titulado “Factores que influyen en escolares para el inicio de la actividad sexual”, en el que concluye *“...el 20% de escolares ya se han iniciado sexualmente, siendo mayor el porcentaje en escolares varones que mujeres”⁽⁸²⁾*. Es decir, los adolescentes varones consolidan el acto sexual a edades tempranas, el cual relacionándolo con los resultados obtenidos en el presente estudio, los varones se inician tempranamente debido a que se perciben poco capaces de retrasar una relación sexual.

Por lo que se concluye que la mayoría de adolescentes varones y mujeres tienen una alta autoeficacia percibida para retrasar

una relación sexual, siendo predominante el de las mujeres, lo que trae consigo mayor vulnerabilidad en los varones para adoptar conductas sexuales riesgosas, ya que es muy probable que inicien su vida sexual tempranamente.

Por ello necesario que el profesional de Enfermería reoriente sus actividades preventivo promocionales a los grupos de riesgo incluyendo a la comunidad educativa y población en general, a fin de promover la adopción de conductas sexuales saludables que favorezcan el retraso del inicio de las relaciones sexuales y disminuyan la incidencia del embarazo precoz e infecciones de transmisión sexual en el adolescente.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del estudio fueron:

- Un porcentaje significativo de adolescentes presenta una alta autoeficacia percibida para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales, lo cual los hace con una mayor capacidad para poder manejar situaciones de riesgo en el curso de su vida sexual a diferencia de aquellos adolescentes que obtuvieron una baja autoeficacia percibida, ya que ello los hace más susceptibles a embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual.

- La mayoría de adolescentes tiene alta autoeficacia percibida en sus experiencias personales, por lo que son menos susceptibles que aquellos con un nivel bajo, pues éstos tienen mayor

tendencia de iniciar sus relaciones sexuales por la poca experiencia sentimental vivida, pero a la vez son considerados con menor riesgo ya que el acercamiento íntimo es casi nulo en ellos, a diferencia de los otros que si poseen experiencia en el campo sentimental y sexual.

■ Un porcentaje significativo de los adolescentes posee alta autoeficacia percibida en conocimientos sobre sexualidad, el cual los hace con mayor criterio para decidir en el curso de su vida sexual, a diferencia de aquellos con bajo conocimientos, puesto que se someten a riesgos como el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual, por desconocer aspectos relacionados a sexualidad, relaciones sexuales, anticoncepción, etc.

■ La mayoría de adolescentes tiene alta autoeficacia percibida para tomar decisiones en relación a su vida sexual, el cual está directamente relacionado con el desarrollo de destrezas sociales y autorreguladoras necesarias para una acción preventiva. Cabe resaltar que aquellos adolescentes con baja capacidad en la toma de decisiones son susceptibles a equivocarse, por lo que es necesario fortalecer esta habilidad social y así, prevenir conductas riesgosas.

■ Un porcentaje significativo de adolescentes tienen alta autoeficacia percibida en la dimensión de influencia social. Ello se traduce en que si los adolescentes toman decisiones relacionadas al curso de su vida sexual es porque perciben modelos positivos o negativos que los ayuda a formar un pensamiento crítico y reflexivo de los acontecimientos que se dan si éstos inician su vida sexual.

■ La mayoría de adolescentes varones y mujeres tienen una alta autoeficacia percibida para retrasar una relación sexual, siendo predominante el de las mujeres, lo que trae consigo mayor vulnerabilidad en los varones para adoptar conductas sexuales riesgosas, ya que es muy probable que inicien su vida sexual tempranamente.

B. LIMITACIONES

■ Los resultados del estudio no pueden ser generalizados a otras poblaciones, pues solo son válidas para la población en estudio y/o con características similares.

C. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio fueron:

- Realizar coordinaciones entre la Institución Educativa y el Centro de Salud correspondiente a su jurisdicción, para emprender actividades preventivo-promocionales a favor de la salud sexual del adolescente partiendo del fortalecimiento de la autoeficacia y así promover la adopción de conductas sexuales saludables.
- Diseñar programas diferenciados de educación sexual para los adolescentes con o sin actividad sexual a cargo de profesionales, para fomentar la adopción de conductas saludables.
- Ejecutar actividades y programas educativos para los padres y adolescentes con el fin de estrechar y fortalecer el vínculo padre e hijo, ya que la influencia social es un factor determinante en el futuro académico, laboral y personal del adolescente.
- Realizar estudios cualitativos que permitan profundizar cada dimensión en relación a la vida sexual de los adolescentes, para que el personal de salud realice un abordaje concienzudo y sostenido de los problemas psicosexuales de esta etapa de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) (5) (7) (35) (36) (37) (38) (39) (42) (43) (44) (50) (56). Margarita, CHU y col. Sexualidad Humana. Lima-Perú. 1995. Pág. 127-130.
- (2) (13) (25) (52). MINSA. Lineamientos de Política de Salud del Adolescente. Perú. 2005. Pág. 35.
- (3) (14). INEI. Perfil sociodemográfico del Perú. 2da edición. Perú. 2008. Pág. 48.
- (4) (34). OPS. La salud del Adolescente y del joven. Publicación científica N°552. EE.UU. 1995. Pág. 27-43.
- (6) (41). Jhon, CONGER. Adolescencia. Lima. 1997. Pág. 43, 52.
- (8) (9). Ana, BENDEZÚ y col. Educación en sexualidad para jóvenes y adultos. Asoc. Grafica Educativa. Lima-Perú. 2000. Pág. 15-28.
- (10) (46) (47) (64). Freddy, PEREZ y col. Sexualidad y mujeres jóvenes: Negociación, protección y placer. Lima. 2003. Pág. 22-23.

(11). Omayda, SAFORA. Precocidad sexual. Causas y consecuencias. Cuba. 2006. Pág. 5.

(12) (15) (51) (53). INEI. Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil: condicionantes socio demográficos e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones. Lima. 2002. Pág. 48-55.

(16) (54). MINSA. Situación socio demográfica del Perú- Lima. 2001. Pág. 39.

(17) (55). MINSA. Situación epidemiológica del VIH/SIDA. Lima. 2006. Pág. 20-27.

(18). Jairo, PALACIOS. Adolescentes y jóvenes. Los más pobres y vulnerables. ONU-UNFPA. Lima-Perú. 2009. Pág. 44.

(19). MINSA. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAI). Lima- Perú. 2002. Pág. 32-34.

(20). MINSA. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima. 2007. Pág. 20-25.

(21) (22) (23) (24) (72) (73) (74). MINSA. Orientaciones para la Atención Integral de Salud del adolescente en el Primer Nivel de Atención. Perú. 2007. Pág. 35-44.

(26) (80) (81) (82) Amanda, RODRIGUEZ SANCHEZ. Factores que influyen en escolares para el inicio de la Actividad Sexual. Trujillo-Lima. 2004. Pág. 35, 56, 57.

(27) (78). Anny, RICALDO RODRIGUEZ. Nivel de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de Centros Educativos de Lima. Lima. 2006. Pág. 47, 62.

(28) Rafael, ABREU y col. Adolescencia en el inicio precoz de relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Cuba. 2008. Pág. 4-10.

(29) (77) (79). Elvia, VARGAS y col. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. Colombia. 2007. Pág. 12-25.

(30) (66). Patricia, NOBOA y col. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. En revistas Latinoamericanas de Psicología. Vol. 38. N°1. Puerto Rico. 2006. Pág. 22-26.

(31) (76). LOPEZ ROSALES y col. Validación de una escala de Autoeficacia para prevención del SIDA en adolescentes. México. 2001. Pág. 17-34.

(32) (75). Javier, GOMEZ y col. Autoeficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes. España. 1996. Pág. 28.

(33). Elizabeth, HURLOCK. Psicología de la adolescencia. Edit. Paidós. México. 1994. Pág. 125.

(40) (45) (48). Adhara, AMPUERO. Sexualidad y deseo: hablan adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martin y Ucayali. Mov. Manuela Ramos. Lima. 1999. Pág. 11-25.

(49). ESCARDÓ, Florencio. Sexualidad humana y relaciones personales: Federación interna de planificación familiar. 2da edición. Nueva York. Edit. IPPF/RHD. 1983. Pág. 148-155.

(57). Patricia, CID y col. Validación de escala de autoeficacia general en Chile. Revista Médica de Chile. Chile. 2010. Pág. 551.

(60). Fabián, OLAZ y col. Traducción de la Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Argentina. 2001. Pág. 12-17.

(61) (63). Tomey Ann, MARRINER. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta edición. Madrid. 1999. Pág. 285.

(62) (65) (69). José, CANTO Y RODRIGUEZ. Autoeficacia y educación. Argentina. 2004. Pág. 7-10.

(67) (68). Nola, PENDER. Promoción de la salud en la práctica de Enfermería. 3ra edición. Estandford-EE.UU. 1996. Pág. 529-535.

(70) (71). OPS. Lineamientos de Políticas de Promoción de Salud. Perú. 2007. Pág. 2-18.

BIBLIOGRAFÍA

- ABREU, Rafael y col. Adolescencia en el inicio precoz de relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Cuba. 2008.
- AMPUERO, Adhara. Sexualidad y deseo: hablan adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali. Lima. 1999.
- BENDEZÚ, Ana y col. Educación en sexualidad para jóvenes y adultos. Lima-Perú. Asoc. Grafica Educativa. 2000.
- CANTO Y RODRIGUEZ, José. Autoeficacia y educación. Argentina. 2004.
- CHU, Margarita y col. Sexualidad Humana. Lima-Perú. 1995.
- CID PATRICIA y col. Validación de escala de autoeficacia general en Chile. Revista Médica de Chile. Chile. 2010.
- CONGER, Jhon. Adolescencia. Lima. 1997.
- ESCARDÓ, Florencio. Sexualidad humana y relaciones personales. 2da edición. Nueva York. Edit. IPPF/RHD. 1983.

- GOMEZ, Javier y col. Autoeficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes. España. 1996.
- HURLOCK, Elizabeth. Psicología de la adolescencia. México. Edit. Paidós. 1994.
- INEI. Perfil sociodemográfico del Perú. 2da edición. Perú. 2008.
- INEI. Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil: condicionantes sociodemográficos e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones. Lima. 2002.
- LOPEZ ROSALES y col. Validación de una escala de Autoeficacia para prevención del SIDA en adolescentes. México. 2001.
- MARRINER, Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta edición. Madrid. 1999.
- MINSA. Lineamientos de Política de Salud del Adolescente. Perú. 2005.
- MINSA. Orientaciones para la Atención Integral de Salud del adolescente en el Primer Nivel de Atención. Perú. 2007.

- MINSA. Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia (PNAI). Lima- Perú. 2002.

- MINSA. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima. 2007.

- MINSA. Situación socio demográfica del Perú- Lima. 2001.

- MINSA. Situación epidemiológica del VIH/SIDA. Lima. 2006.

- NOBOA, Patricia y col. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. En revistas Latinoamericanas de Psicología. Vol. 38. N°1. Puerto Rico. 2006.

- OLAZ, Fabián y col. Traducción de la Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Argentina. 2001.

- OPS. La salud del Adolescente y del joven. Publicación científica N°552. EE.UU. 1995.

- OPS. Lineamientos de Políticas de Promoción de Salud. Perú. 2007.

- PALACIOS JAIRO. Adolescentes y jóvenes. Los más pobres y vulnerables. ONU-UNFPA. Lima-Perú. 2009
- PENDER, Nola. Promoción de la salud en la práctica de Enfermería. 3ra edición. Estanford-EE.UU. 1996.
- PEREZ, Freddy y col. Sexualidad y mujeres jóvenes: Negociación, protección y placer. Lima. 2003.
- RICALDO RODRIGUEZ, Anny. Nivel de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de Centros Educativos de Lima. Lima. 2006.
- RODRIGUEZ SANCHEZ, Amanda. Factores que influyen en escolares para el inicio de la Actividad Sexual. Trujillo-Lima. 2004.
- SAFORA, Omayda. Precocidad sexual. Causas y consecuencias. Cuba. 2006.
- VARGAS, Elvia y col. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. Colombia. 2007.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	CONTENIDO	Pág.
A	Operacionalización de la variable.	I
B	Matriz operacional de variables.	II
C	Instrumento.	III
D	Consentimiento informado.	VIII
E	Prueba binomial: Tabla de concordancia. Jueces expertos.	IX
F	Libro de códigos.	X
G	Tabla matriz de datos.	XIII
H	Prueba de Validez - Cuestionario.	XXII
I	Confiabilidad - Cuestionario.	XXIII
J	Validez - Escala Lickert.	XXIV
K	Confiabilidad - Escala Lickert.	XXV
L	Medición de la variable.	XXVI
M	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión experiencias personales en la I.E "El Pacífico".	XXXI
N	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión conocimientos sobre sexualidad en la I.E "El Pacífico".	XXXII
O	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión Toma de decisiones en la I.E "El Pacífico".	XXXIII
P	Autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales en la dimensión Influencia social en la I.E "El Pacífico".	XXXIV
Q	Autoeficacia percibida en adolescentes	

	para retrasar el inicio de relaciones sexuales, según sexo, en la I. E “El Pacífico”.	XXXV
R	Asociación de autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales y sexo en la I. E “El Pacífico”.	XXXVI
S	Edad del adolescente de la Institución Educativa “El Pacífico”.	XXXVII
T	Sexo del adolescente de la Institución Educativa “El Pacífico”.	XXXVII
U	Sexo del adolescente, según año de estudio, en la Institución Educativa “El Pacífico”.	XXXVIII
V	Condición sexual de adolescentes encuestados en la Institución Educativa “El Pacífico”.	XXXVIII

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Autoeficacia percibida que tienen los adolescentes para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales.	Es el proceso mediante el cual se integra e interpreta información y conocimientos sobre sí mismo, considerando la tarea que ha de ser realizada y la situación en la que se ha de operar, es decir, es la percepción que tiene la adolescente acerca de su capacidad para influir positivamente en el curso de una situación relacionada con su vida sexual, modificando una conducta previa nociva por otra saludable, como es el retraso del inicio de sus relaciones sexuales.	Es la respuesta expresada de los adolescentes en torno a la impresión o juicio que tiene acerca de su capacidad para retrasar el inicio de sus relaciones sexuales, conocimientos sobre sexualidad, influencia social y capacidad de tomar decisiones interviniendo en él sus experiencias personales, conocimientos sobre sexualidad, influencia social y capacidad de tomar decisiones. El cual fue obtenida a través de un cuestionario y una escala modificada tipo Lickert y valorada en alta y baja autoeficacia.	Experiencias personales	Experiencia de relación sentimental. Experiencia de un contacto personal íntimo sin penetración. Experiencia de besos, caricias y abrazos con el sexo opuesto,	Alto (AUSENTE) Bajo (PRESENTE)
			Conocimientos sobre sexualidad	-Definición de sexualidad. -Cambios físicos, psicológicos y sociales. -Definición de relaciones sexuales. -Definición de ITS y modo de transmisión. -Riesgos de las relaciones sexuales tempranas (ITS, embarazos). -Beneficios del retraso del inicio de las relaciones sexuales. -Control de emociones (nerviosismo y ansiedad) e impulsos sexuales frente a una propuesta de relaciones sexuales.	Alto (CONOCE) Bajo (NO CONOCE)
			Toma de decisiones	-Tomar la decisión de rechazar o aceptar relaciones sexuales frente a una propuesta, en diferentes circunstancias.	Alto Bajo
			Influencia social	-Contacto con personas que hayan retrasado sus relaciones sexuales. -Contacto con personas con experiencias negativas (embarazos no planificados, abortos). -Apoyo en los padres, familiares y amigos para tomar la decisión de rechazar o aceptar relaciones sexuales. -Información sobre sexualidad en diversos medios de comunicación (internet, tv, etc.).	Alto Bajo

ANEXO B
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALOR FINAL	CRITERIOS	TECNICA E INSTRUMENTO	MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
AUTOEFICACIA PERCIBIDA Alta Baja	Se utilizó promedios aritméticos: Bajo: <61 Alto >61	Se utilizó la técnica de una encuesta comprendida por la aplicación de un cuestionario y una escala Lickert.	El cuestionario consta de 21 preguntas abiertas y cerradas. El otro instrumento fue la escala modificada tipo Lickert, la cual estuvo constituida por 15 reactivos de 5 opciones de respuesta (Nada seguro, poco seguro, medio seguro, muy seguro y totalmente seguro). Ambos, con una duración de 30 a 40 minutos.	Se emplea la escala ordinal.

ANEXO C

CUESTIONARIO

Presentación

Buenos días estimado alumno(a), soy la Srta. Mayra Meneses Baldeón, interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y estoy desarrollando un estudio sobre el comportamiento sexual del adolescente. Pido tu consentimiento y colaboración para que respondas a estas preguntas. La información que vas a proporcionar es completamente confidencial y será de mucha utilidad para el estudio pues orientará acciones futuras que irán en beneficio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Instrucciones

A continuación, se presenta una serie de preguntas; para responderlas emplea un lapicero o lápiz. No hay respuestas correctas o incorrectas, lee las preguntas cuidadosamente, ya que en algunas debes responder una opción y en otras varias opciones; también se incluyen preguntas abiertas. Marca la opción elegida con una aspa (x) o un check (), si no puedes contestar una pregunta o si la pregunta no está clara, pregúntale a la persona que te entregó este cuestionario.

I.DATOS GENERALES

Edad:.....años.

Sexo:

- a) Masculino.
- b) Femenino.

Año de estudio:.....

1 Sexualidad es definida como: (Marca una sola respuesta)

Comprende las relaciones sexuales.

Son los cambios físicos, psicológicos y sociales que se dan en la pubertad.

Es la forma como nos relacionamos con las demás personas a partir de nuestro sexo.

a, b y c.

2 Los cambios biológicos que experimenta un adolescente esta dado por: (Marca una sola respuesta)

- a. En la mujer se da la menstruación y en el hombre crece las caderas y la espalda.
- b. En la mujer se desarrollan las mamas y se ensanchan las caderas, y en el varón crecen los testículos y aparecen bigotes.
- c. En la mujer aparece bigote y en los hombres su voz se hace fina.

3 Los cambios psicológicos que experimenta un adolescente esta dado por: (Marca una sola respuesta)

- a. El adolescente no le da sentido a su vida, no se traza metas y objetivos.
- b. Tiene el deseo de formar una familia.
- c. Tiene la necesidad de dar sentido a su vida.

4 Los cambios sociales que experimenta un adolescente esta dado por: (Marca una sola respuesta)

- a. El adolescente no quiere alejarse de sus padres, quiere seguir dependiendo de ellos.
- b. No le gusta compartir con sus amigos.
- c. Busca una relación estable y piensa en un plan de vida.

5 El significado de tener relaciones sexuales es:

- a. Son besos y caricias muy apasionados.
- b. Es cuando se introduce el pene en la vagina luego de besos y caricias muy apasionados.
- c. Es cuando hay tocamientos en partes íntimas, y cuando están solos.

6 Las Infecciones de Transmisión Sexual son:

- a. Son infecciones que se transmiten con los besos y caricias.
- b. Son un conjunto de infecciones producidas por virus, hongos y bacterias que se transmiten por las relaciones sexuales.
- c. Son enfermedades no muy contagiosas.

7 ¿Has tenido enamorado?

- a) Sí
- b) No

8 ¿Tienes enamorado actualmente?

- a) Sí
- b) No

9 ¿Has tenido relaciones sexuales?

- a) Sí
- b) No

Si la respuesta es NO, pasar a la pregunta14; si la respuesta es Si, continúa respondiendo.

10 Y ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

.....años.

11 ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

- a. Enamorado.
- b. Amigo.
- c. Desconocido.

Otros:.....

12 Después de esa primera vez, ¿Has tenido otras relaciones sexuales?

- a) Sí
- b) No

13 ¿Usaste algún método anticonceptivo o de protección durante esa primera relación sexual?

- a) Sí
- b) No

14 ¿Alguna vez has tenido besos apasionados, caricias y abrazos con otra persona?

- a) Sí
- b) No

- 15 ¿Alguna vez has tenido un contacto íntimo con otra persona como caricias en zonas íntimas sin llegar a la penetración, es decir, a la introducción del pene en la vagina?**
a) Sí
b) No
- 16 Luego de esos besos apasionados y caricias ¿Has llegado a sentirte muy excitado (a)?**
a) Sí
b) No
- 17 ¿Conoces personas de tu edad que no hayan tenido relaciones sexuales?**
a) Sí
b) No
- 18 ¿Conoces personas de tu edad que hayan estado o están embarazadas sin haberlo planificado?**
a) Sí
b) No
- 19 ¿Conoces personas de tu edad que hayan estado embarazadas y abortaron?**
a) Sí
b) No
- 20 ¿Consideras que tener relaciones sexuales a esta edad, ofrece riesgos al adolescente?**
a) Sí
b) No
- 21 ¿Consideras que retrasar el inicio de las relaciones sexuales ofrece beneficios?**
a) Sí
b) No

ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Instrucciones:

Tenemos a continuación una serie de ítems en los cuales vas a marcar con una (x) la respuesta que creas tener.

Así, por ejemplo, si un estudiante marca de la siguiente forma:

Nada seguro	Poco seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
-------------	-------------	--------------	------------	-------------------

A) Qué tan seguro te sientes de decir NO, si:

Alguien te propone consumir drogas.					X
-------------------------------------	--	--	--	--	----------

El estudiante está sugiriendo que se siente **totalmente seguro** de decir NO a alguien que le propone consumir drogas. Si en cambio, hubiese marcado que está **nada seguro**, estaría sugiriendo que no puede hacerlo.

Por favor, responde de la manera más sincera posible. La información que aportes será de mucha utilidad para el desarrollo de la investigación. Recuerda que no hay respuestas incorrectas ni correctas, sólo responde de acuerdo a tu manera de pensar.

Nada seguro	Poco seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
-------------	-------------	--------------	------------	-------------------

A) Qué tan seguro(a) te sientes de decir NO, si alguien te propone tener relaciones sexuales en las siguientes circunstancias:

Alguien que no te ha hablado sobre su vida sexual. No sabes si es o no es un chico (a) "recorrido(a)".					
Alguien a quien has tratado antes (amigo, compañero de clase).					
Alguien que te guste mucho.					
Alguien que te gustaría se enamore de ti.					
Alguien que te presiona para tener relaciones sexuales.					
Alguien con quien has estado bebiendo alcohol.					

Nada seguro	Poco seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
----------------	----------------	-----------------	---------------	----------------------

B) Qué tan seguro(a) te sientes de ser capaz de:

Hablar con tus padres sobre sexualidad					
Hablar con tus padres sobre tus relaciones sentimentales					
Hablar con tus amigos sobre sexualidad					
Hablar con tus amigos sobre tus relaciones sentimentales					
Hablar con tus hermanos y otros familiares sobre sexualidad					
Rechazar una relación sexual luego de conversarlo con tus padres, hermanos y amigos					
Acceder a medios de comunicación que brinden información sobre sexualidad como internet, TV, radio.					
Controlar tus emociones frente a una propuesta de relaciones sexuales.					
Rechazar una relación sexual si te sientes muy excitada en el momento que te lo proponen.					

MUCHAS GRACIAS.

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES DE LA I. E “EL PACIFICO”. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Nombre:

Firma

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado alumno (a):

La investigación del estudio para lo cual has manifestado tu deseo de participar, habiendo dado tu consentimiento informado, se compromete contigo a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también te asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no te perjudicarán en lo absoluto.

ATTE.

MAYRA STEPHANY MENESES BALDEÓN.
Autora del estudio.

ANEXO E

PRUEBA BINOMIAL

TABLA DE CONCORDANCIA: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUECES							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1.	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2.	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3.	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4.	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5.	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6.	1	1	1	1	1	0	1	0.062*
7.	1	1	1	1	0	1	1	0.062*

* En estos ítems se harán los reajustes necesarios de acuerdo a las sugerencias de los expertos para incluirlos en el instrumento antes de su aplicación a la población de estudio.

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

Favorable: 1 (SI) Desfavorable: 0 (NO)

Por lo que se concluye que el instrumento posee una concordancia significativa.

ANEXO F
LIBRO DE CÓDIGOS DEL INSTRUMENTO
CUESTIONARIO

I.DATOS GENERALES

Edad:

11 y 12 años (1)
13 años (2)
14 y 15 años (3)

Sexo:

Masculino (1)
Femenino (0)

Año de estudio:

Primer grado (1)
Segundo grado (2)
Tercer grado (3)

CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

ITEMS	A	B	C	TOTAL
1	0	0	1	1
2	0	1	0	1
3	0	0	1	1
4	0	0	1	1
5	0	1	0	1
6	0	1	0	1
TOTAL				6

ITEMS	VALOR		TOTAL
	SI	NO	
7	0	1	1
8	0	1	1
9	0	1	1
14	0	1	1
15	0	1	1
16	0	1	1
17	1	0	1
18	0	1	1
19	1	0	1
20	1	0	1
21	1	0	1
TOTAL			11

ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA

ITEMS	Nada seguro	Poco seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5

ANEXO G

TABLA MATRIZ DE DATOS DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

Nº DE ALUMNOS	DATOS			ITEMS																				TOTAL GENERAL
				CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD									EXPERIENCIAS PERSONALES								INFLUENCIA SOCIAL			
	EDAD	SEXO	AÑO	1	2	3	4	5	6	20	21	TOTAL	7	8	9	14	15	16	TOTAL	17	18	19	TOTAL	
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0
2	3	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	5	0	1	1	1	1	1	5	1	0	0	1	13
3	2	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	4	0	0	1	1	1	1	4	1	0	1	2	11
4	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	6	1	1	1	1	1	1	6	1	0	0	1	14
5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	10
6	3	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	6	1	0	1	2	14
7	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	6	1	0	0	1	15
8	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	10
9	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	0	0	1	0	1	0	2	1	0	1	2	12
10	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	3	0	1	1	2	9
11	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	5	1	1	1	1	1	0	5	0	0	0	0	11
12	2	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	0	1	1	1	1	4	0	0	1	1	12
13	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	4	0	1	1	0	1	1	4	1	0	1	2	12
14	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	4	0	1	1	1	1	0	4	0	0	0	0	10

Nº DE ALUMNOS	DATOS			ITEMS																				TOTAL GENERAL
				CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD									EXPERIENCIAS PERSONALES								INFLUENCIA SOCIAL			
	EDAD	SEXO	AÑO	1	2	3	4	5	6	20	21	TOTAL	7	8	9	14	15	16	TOTAL	17	18	19	TOTAL	
15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	6	1	1	1	1	1	1	6	0	1	0	1	15
16	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7	0	0	1	0	1	0	2	1	0	1	2	12
17	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	3	0	1	1	2	9
18		2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	4	0	1	1	1	1	1	5	0	1	0	1	12
19	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	5	0	0	1	0	0	1	2	1	1	0	2	11
20	3	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	5	0	1	1	0	1	0	3	1	1	0	2	12
21	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	5	0	0	1	0	1	1	3	1	0	1	2	12
22	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	6	1	1	0	2	13
23	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	0	1	0	1	0	2	1	1	0	2	11
24	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	6	1	0	0	1	11
25	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	3	0	1	1	1	1	1	5	1	1	0	2	11
26	3	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	5	1	1	1	1	1	1	6	1	1	0	2	14
27	2	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	4	0	0	1	1	1	1	4	0	0	1	1	14
28	2	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	5	1	1	1	0	1	1	5	1	1	0	2	15
29	3	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	4	1	0	1	0	1	0	3	0	0	0	0	10
30	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	6	0	1	1	1	1	1	5	1	0	0	1	12
31	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	5	0	1	1	1	1	1	5	1	0	0	1	9
32	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	6	0	0	1	0	1	1	3	1	0	0	1	11
33	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	6	0	1	1	0	1	1	4	1	0	1	2	12
34	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	0	1	1	4	1	1	0	2	12

Nº DE ALUMNOS	DATOS			ITEMS																				TOTAL GENERAL
				CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD									EXPERIENCIAS PERSONALES								INFLUENCIA SOCIAL			
	EDAD	SEXO	AÑO	1	2	3	4	5	6	20	21	TOTAL	7	8	9	14	15	16	TOTAL	17	18	19	TOTAL	
35	2	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	4	1	1	1	1	1	1	6	0	1	0	1	10
36	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	5	0	1	1	1	1	1	5	0	1	0	1	15
37	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	5	0	0	1	0	1	0	2	1	0	1	2	12
38	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	6	0	1	1	0	1	1	4	1	1	0	2	9
39	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	5	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	2	12
40	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	1	1	0	1	0	3	1	1	0	2	11
41	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	4	0	1	1	0	1	1	4	1	1	0	2	12
42	2	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	0	1	0	1	0	2	1	1	0	2	12
43	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	0	1	0	1	1	3	1	0	0	1	13
44	3	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	6	1	1	0	2	11
45	1	0	2	0	1	0	0	1	1	1	0	4	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	11
46	3	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	5	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	2	11
47	3	1	2	1	1	0	1	0	1	1	1	6	1	1	1	0	1	1	5	1	0	0	1	14
48	2	1	2	0	1	0	1	1	1	0	0	4	0	1	1	0	0	1	3	1	0	1	2	10
49	3	1	2	0	1	1	1	1	1	0	0	5	0	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	13
50	3	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	8
51	2	1	2	0	1	1	1	0	1	0	0	4	1	1	1	1	1	1	6	0	1	0	1	13
52	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	7	0	0	1	0	1	1	3	0	0	0	0	12
53	2	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	6	0	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	11
54	3	0	2	0	0	0	1	1	1	1	1	5	0	1	1	0	1	1	4	1	1	0	2	13

Nº DE ALUMNOS	DATOS			ITEMS																				TOTAL GENERAL
				CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD									EXPERIENCIAS PERSONALES								INFLUENCIA SOCIAL			
	EDAD	SEXO	AÑO	1	2	3	4	5	6	20	21	TOTAL	7	8	9	14	15	16	TOTAL	17	18	19	TOTAL	
55	3	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	0	1	1	4	1	0	0	1	15
56	3	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	0	1	1	4	1	0	0	1	13
57	16	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	6	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	13
58	3	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	0	3	1	0	1	2	11
59	3	1	2	1	0	1	0	1	1	0	0	4	0	1	1	1	0	0	3	0	1	0	1	14
60	2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	11
61	2	1	2	0	1	1	0	1	0	1	0	4	0	1	1	0	1	0	3	1	0	0	1	13
62	3	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0	1	1	1	1	0	4	1	1	0	2	12
63	3	1	2	0	1	1	0	1	1	1	1	6	0	1	1	0	1	1	4	1	0	0	1	11
64	1	0	2	0	1	1	0	0	1	1	1	5	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	13
65	3	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	18
66	2	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	6	1	1	1	1	1	0	5	1	0	1	2	9
67	3	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	6	0	1	1	0	1	0	3	1	0	0	1	11
68	3	0	2	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	1	1	1	1	0	4	1	0	0	1	15
69	3	0	2	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	12
70	3	0	2	0	1	1	0	0	0	1	1	4	1	1	1	0	1	1	5	1	0	0	1	11
71	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	1	1	1	5	1	0	0	1	13
72	2	0	2	0	1	1	0	1	0	1	1	5	0	0	1	0	0	1	2	1	1	0	2	14
73	3	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	6	1	1	1	0	1	1	5	1	0	0	1	13
74	3	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	13

Nº DE ALUMNOS	DATOS			ITEMS																				TOTAL GENERAL
				CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD									EXPERIENCIAS PERSONALES								INFLUENCIA SOCIAL			
	EDAD	SEXO	AÑO	1	2	3	4	5	6	20	21	TOTAL	7	8	9	14	15	16	TOTAL	17	18	19	TOTAL	
75	16	0	3	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	2	13
76	3	1	3	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	2	14
77	3	1	3	0	1	1	1	1	1	1	0	5	0	1	1	1	0	0	3	0	0	0	0	14
78	3	1	3	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	10
79	17	1	3	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	1	1	0	4	1	0	0	1	13
80	3	1	3	0	1	0	0	0	1	1	1	4	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	11
81	2	1	3	0	1	0	1	1	1	1	1	6	0	1	1	0	1	0	3	1	0	0	1	11
82	3	1	3	0	1	1	1	1	1	1	0	6	0	1	1	1	1	1	5	0	1	0	1	11
83	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	7	1	1	1	0	1	0	4	1	0	0	1	15
84	3	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	1	1	0	4	1	0	0	1	14
85	3	1	3	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	0	1	1	4	1	0	0	1	10
86	17	0	3	0	0	0	1	0	1	1	1	4	0	1	1	0	1	0	3	1	0	0	1	12
87	3	0	3	0	1	1	0	1	1	1	1	6	0	1	1	1	1	1	5	1	0	0	1	15
88	3	0	3	0	0	1	0	1	1	1	1	5	0	0	1	0	1	1	3	1	0	1	2	12
89	16	0	3	0	1	1	0	1	1	1	1	6	0	1	1	1	1	0	4	1	0	0	1	13
90	3	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	0	1	0	3	1	0	0	1	11
91	16	0	3	0	0	1	0	1	1	1	1	5	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	12
92	16	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	0	0	0	3	1	0	0	1	15
93	3	0	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	1	1	0	1	1	4	1	0	0	1	11
94	3	0	3	0	1	0	1	0	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	6	1	1	0	2	14

Nº DE ALUMNOS	DATOS			ITEMS																				TOTAL GENERAL
				CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD									EXPERIENCIAS PERSONALES								INFLUENCIA SOCIAL			
	EDAD	SEXO	AÑO	1	2	3	4	5	6	20	21	TOTAL	7	8	9	14	15	16	TOTAL	17	18	19	TOTAL	
95	3	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1	6	0	1	1	0	0	0	2	1	0	1	2	13
96	3	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1	1	0	1	0	3	1	0	1	2	12
97	16	0	3	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	1	4	1	0	1	2	15
98	1	0	3	0	1	1	0	1	1	1	1	6	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	12
99	3	0	3	0	1	1	1	1	1	1	1	7	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	1	12
100	3	0	3	1	1	1	1	0	1	1	1	7	0	1	1	1	1	1	5	1	0	0	1	16

ESCALA LICKERT

Nº DE ALUMNOS	ITEMS																	TOTAL GENERAL
	TOMA DE DECISIONES								TOTAL	INFLUENCIA SOCIAL							TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	14	15		7	8	9	10	11	12	13		
1	4	3	4	3	5	2	4	5	30	4	4	3	3	4	4	3	25	55
2	4	3	4	2	5	2	3	3	26	2	4	1	1	5	5	5	23	49
3	2	1	1	1	1	1	5	5	17	5	5	5	5	5	5	5	35	52
4	5	4	5	1	5	5	5	5	35	5	5	1	2	4	5	5	27	62
5	1	1	1	4	1	1	4	4	17	1	2	1	1	3	4	1	13	30
6	1	2	3	3	1	1	1	2	14	3	3	3	3	3	4	4	23	37
7	5	3	4	4	5	5	5	3	34	4	4	3	4	3	5	5	28	62
8	5	3	2	2	5	3	3	4	27	1	3	3	4	1	4	5	21	48
9	5	1	5	5	5	5	5	5	36	1	1	3	4	1	3	5	18	54
10	5	4	5	5	1	1	3	5	29	5	1	1	3	5	3	5	23	52
11	5	5	4	4	1	1	5	5	30	5	2	2	3	1	5	2	20	50
12	4	2	3	1	5	5	4	5	29	2	1	4	5	3	4	5	24	53
13	5	3	5	4	5	5	1	1	29	5	1	5	1	5	1	1	19	48
14	5	4	3	2	4	5	2	3	28	1	1	4	3	1	3	1	14	42
15	1	2	3	2	4	3	4	2	21	5	4	3	4	4	2	1	23	44
16	5	1	5	5	5	5	5	5	36	1	1	3	4	1	3	5	18	54
17	5	4	5	5	1	1	3	5	29	5	1	1	3	5	3	5	23	52
18	5	4	3	2	5	5	4	5	33	5	3	4	2	5	5	5	29	62
19	1	2	1	2	1	1	1	1	10	5	3	1	1	3	4	1	18	28
20	1	2	5	5	1	1	5	1	21	3	3	5	1	5	5	5	27	48
21	5	4	5	5	1	1	2	2	25	5	4	5	4	1	5	5	29	54
22	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	3	1	2	3	5	1	20	60
23	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	3	1	2	3	5	1	20	60
24	1	1	1	1	1	1	4	1	11	1	5	2	1	4	3	4	20	31
25	5	5	5	5	5	5	5	5	40	3	1	4	2	1	5	1	17	57
26	1	2	4	5	1	1	5	2	21	5	5	1	1	3	5	1	21	42
27	2	1	5	5	1	1	2	3	20	5	4	5	3	4	2	2	25	45
28	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	4	5	2	5	5	31	71
29	5	5	5	5	5	5	1	1	32	1	3	4	4	5	2	2	21	53
30	4	5	5	4	5	3	5	4	35	1	5	5	5	5	5	5	31	66
31	5	5	5	4	5	3	5	5	37	1	5	5	5	5	5	5	31	68
32	5	5	5	3	4	3	5	5	35	5	5	5	5	5	5	5	35	70
33	5	5	5	5	5	5	1	5	36	1	1	1	4	4	5	1	17	53
34	3	1	1	4	2	1	4	3	19	3	3	3	2	2	3	3	19	38
35	5	4	5	5	5	4	3	3	34	3	3	3	3	4	3	4	23	57

Nº DE ALUMNOS	ITEMS																TOTAL GENERAL	
	TOMA DE DECISIONES								TOTAL	INFLUENCIA SOCIAL								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	14	15		7	8	9	10	11	12	13		
36	1	4	1	1	1	1	1	1	11	5	3	5	5	1	1	1	21	32
37	5	5	3	4	2	4	1	1	25	5	5	1	1	1	1	3	17	42
38	5	5	3	5	5	1	4	2	30	5	4	2	1	4	5	3	24	54
39	5	5	1	5	5	1	5	1	28	1	2	5	3	1	2	4	18	46
40	5	5	3	3	5	4	5	5	35	1	5	1	2	2	4	2	17	52
41	5	1	4	5	1	1	4	1	22	1	5	1	3	3	5	1	19	41
42	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	3	1	2	3	5	1	20	60
43	5	4	4	4	3	5	5	2	32	3	5	3	1	3	5	5	25	57
44	5	5	2	2	5	5	3	1	28	5	4	3	5	1	5	2	25	53
45	2	4	3	5	1	1	2	2	20	2	2	3	1	2	2	3	15	35
46	4	2	5	5	2	3	5	3	29	1	1	3	2	1	5	5	18	47
47	1	5	1	5	5	5	3	5	30	3	5	3	3	3	3	3	23	53
48	5	3	3	3	4	3	5	3	29	3	3	2	3	3	4	2	20	49
49	1	1	3	1	1	1	5	5	18	5	5	4	4	5	5	4	32	50
50	2	3	4	4	3	3	3	1	23	4	2	4	2	3	3	2	20	43
51	5	5	5	5	5	5	4	5	39	5	5	3	3	5	4	5	30	69
52	5	5	4	4	5	5	3	3	34	4	3	3	4	4	5	3	26	60
53	5	4	4	1	5	5	5	5	34	5	5	4	4	5	5	3	31	65
54	5	1	1	5	5	5	1	1	24	1	5	1	1	1	1	1	11	35
55	5	2	2	1	5	5	3	1	24	1	1	2	1	2	3	4	14	38
56	5	5	2	2	5	5	5	5	34	5	2	5	2	5	5	5	29	63
57	5	5	5	3	5	5	5	5	38	5	3	5	5	5	5	5	33	71
58	5	5	4	5	5	5	5	5	39	1	5	1	1	5	5	5	23	62
59	1	1	1	3	2	1	1	1	11	1	1	1	1	1	1	1	7	18
60	5	1	5	5	5	5	1	1	28	5	5	1	1	1	5	1	19	47
61	1	1	1	3	2	1	1	1	11	1	4	2	4	1	1	1	14	25
62	1	3	5	1	1	1	1	2	15	1	2	3	2	1	1	5	15	30
63	1	1	3	5	5	1	2	1	19	5	5	2	3	4	1	3	23	42
64	5	2	3	1	3	4	4	2	24	3	4	3	5	2	3	4	24	48
65	5	5	5	5	5	5	5	5	40	1	1	3	3	5	5	1	19	59
66	5	5	5	5	5	5	5	5	40	4	4	1	1	2	5	4	21	61
67	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2	3	4	2	2	5	5	23	63
68	2	5	5	1	5	4	5	5	32	1	2	3	3	1	5	5	20	52
69	1	3	2	1	5	4	5	5	26	1	2	3	3	1	5	5	20	46
70	1	2	4	5	1	2	4	4	23	5	4	4	3	4	5	5	30	53

Nº DE ALUMNOS	ITEMS																	TOTAL GENERAL
	TOMA DE DECISIONES								TOTAL	INFLUENCIA SOCIAL							TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	14	15		7	8	9	10	11	12	13		
71	3	4	3	5	1	1	5	1	23	5	1	4	5	5	5	5	30	53
72	2	5	2	3	1	5	1	5	24	1	3	3	4	5	2	4	22	46
73	5	1	1	5	1	1	5	5	24	2	3	4	4	2	5	5	25	49
74	5	1	1	5	1	1	2	2	18	5	1	2	5	3	1	5	22	40
75	4	4	3	4	5	5	2	2	29	5	1	2	5	3	1	5	22	51
76	5	3	2	2	3	4	3	3	25	5	5	5	5	5	5	5	35	60
77	2	3	4	2	2	3	3	3	22	5	5	5	5	5	5	5	35	57
78	5	3	1	1	3	3	3	2	21	5	3	5	3	4	3	2	25	46
79	5	3	1	1	3	5	1	1	20	1	1	3	3	1	1	3	13	33
80	3	3	4	3	5	3	5	5	31	3	4	5	5	5	1	4	27	58
81	5	3	4	3	5	3	5	5	33	3	4	5	5	5	1	4	27	60
82	4	5	3	4	2	5	4	3	30	5	2	5	2	4	2	4	24	54
83	3	3	4	4	5	2	4	2	27	3	2	4	3	1	2	4	19	46
84	5	3	5	5	5	5	2	1	31	5	3	2	3	5	4	3	25	56
85	5	2	3	5	5	5	5	5	35	3	1	3	3	4	5	1	20	55
86	5	2	4	5	1	1	2	5	25	2	2	2	3	2	5	2	18	43
87	5	5	4	3	5	2	3	5	32	4	3	3	2	3	4	2	21	53
88	5	5	5	4	5	5	5	3	37	5	3	5	5	4	5	5	32	69
89	3	5	1	4	1	2	5	5	26	4	4	5	5	4	3	4	29	55
90	5	1	3	5	5	3	5	3	30	1	1	5	5	1	3	5	21	51
91	5	5	1	4	5	5	5	5	35	2	5	1	3	5	1	1	18	53
92	3	3	3	3	3	3	4	1	23	2	1	4	4	4	5	4	24	47
93	5	5	5	5	5	5	5	5	40	5	5	5	2	5	5	5	32	72
94	4	5	4	3	5	5	5	5	36	5	5	5	2	5	5	5	32	68
95	5	3	3	5	5	5	5	5	36	5	4	5	3	3	3	4	27	63
96	5	5	3	5	5	5	5	5	38	5	4	5	3	3	3	4	27	65
97	2	1	1	3	1	1	5	1	15	5	4	2	2	2	1	1	17	32
98	5	5	5	1	5	5	5	5	36	5	4	1	1	5	5	2	23	59
99	5	5	3	3	5	5	3	3	32	3	5	5	5	3	5	3	29	61
100	1	2	4	5	3	1	5	5	26	5	2	4	1	2	5	5	24	50

ANEXO H

VALIDEZ - CUESTIONARIO

Para la validez se solicito la opinión de los jueces expertos, además aplicar la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems obteniéndose:

CUESTIONARIO

ITEMS	PEARSON
1	,240
2	,072
3	,280
4	,360
5	,410
6	,179
7	,137
8	,390
9	,210
14	,280
15	,122
16	,180
17	,276
18	,239
19	,160
20	,273
21	,264

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido.

Por lo tanto, el cuestionario y la escala Lickert según el coeficiente de Pearson es válido.

ANEXO I

CONFIABILIDAD - CUESTIONARIO

PRUEBA ESTADISTICA

Kuder Richardson:

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} * \frac{S_t^2 - \sum S_t^2}{S^2}$$

Donde:

K=17

S²=4.56

Σp.q=3.1

Reemplazando:

$$K \rightarrow R = 17(1 - 3.1/4.56)/16$$

$$K \rightarrow R = 0.68$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere que $\alpha > 0.5$, por lo tanto se trata de un:

Instrumento confiable.

ANEXO J

VALIDEZ - ESCALA LICKERT

Para la validez se solicitó la opinión de los jueces expertos, además aplicar la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems obteniéndose:

ESCALA LICKERT

ITEMS	PEARSON
1	,441
2	,514
3	,452
4	,073
5	,470
6	,451
7	,210
8	,168
9	,241
10	,171
11	,339
12	,462
13	,303
14	,504
15	,508

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido.

Por lo tanto, el cuestionario y la escala Lickert según el coeficiente de Pearson es válido.

ANEXO K

CONFIABILIDAD - ESCALA LICKERT

Para el análisis de la consistencia interna del instrumento, se utilizó el coeficiente de confiabilidad *alfa* de Cronbach (α), el cual se expresa de la siguiente forma:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde:

k = número de ítems de la prueba.

$(S_i)^2$ = varianza de cada ítem.

$(S_{suma})^2$ = varianza de la escala total.

Reemplazando:

$$\alpha = (15/14)(1 - 2.1/25)$$

$$\alpha = 0.72$$

El valor del α de Cronbach oscila entre 0 y 1, siendo una fiabilidad media si el resultado es de 0.5 y si supera el 0.75 la fiabilidad es aceptable. Por lo tanto el instrumento es:

Confiable.

ANEXO L

MEDICIÓN DE LA VARIABLE – PROMEDIO ARITMÉTICO

AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Aplicando la formula de promedios aritméticos:

$$\bar{x} = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

Donde:

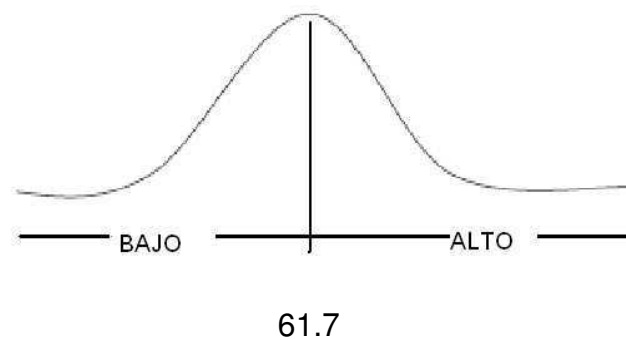
$a_1 + a_2 + \dots + a_n$ =valor numérico de cada pregunta.

n =número de preguntas.

Obtenemos el siguiente resultado:

61.7

Por lo que se establecen las siguientes categorías:



CATEGORIAS

- BAJO

- ALTO

INTERVALO

Menor a 61.7

61.7 a Más

DIMENSIÓN EXPERIENCIAS PERSONALES

Aplicando la formula de promedios aritméticos:

$$\bar{x} = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

Donde:

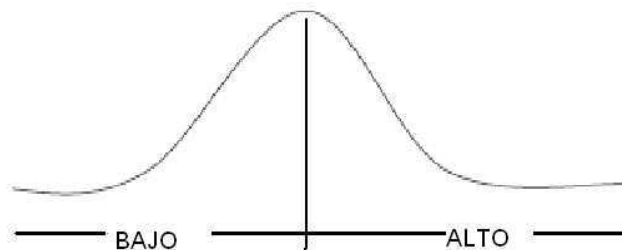
$a_1 + a_2 + \dots + a_n$ =valor numérico de cada pregunta.

n =número de preguntas.

Obtenemos el siguiente resultado:

3.58

Por lo que se establecen las siguientes categorías:



3.58

CATEGORIAS

- BAJO

- ALTO

INTERVALO

Menor a 3.58

3.58 a Más

DIMENSION CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

Aplicando la formula de promedios aritméticos:

$$\bar{x} = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

Donde:

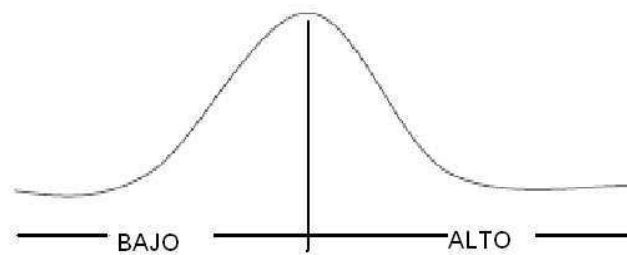
$a_1 + a_2 + \dots + a_n$ =valor numérico de cada pregunta.

n =número de preguntas.

Obtenemos el siguiente resultado:

5.49

Por lo que se establecen las siguientes categorías:



5.49

CATEGORIAS

- BAJO

- ALTO

INTERVALO

Menor a 5.49

5.49 a Más

DIMENSIÓN TOMA DE DECISIONES

Aplicando la formula de promedios aritméticos:

$$\bar{x} = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

Donde:

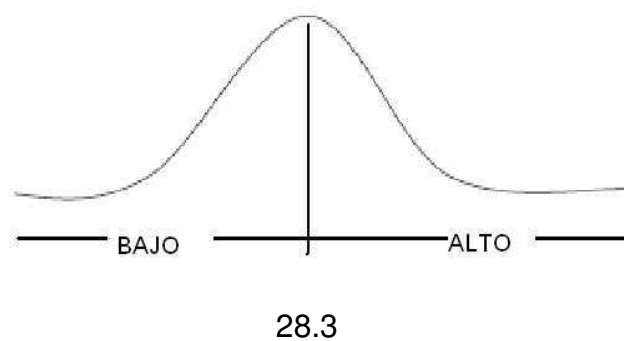
$a_1 + a_2 + \dots + a_n$ =valor numérico de cada pregunta.

n =número de preguntas.

Obtenemos el siguiente resultado:

28.3

Por lo que se establecen las siguientes categorías:



CATEGORIAS

- BAJO

- ALTO

INTERVALO

Menor a 28.3

28.3 a Más

DIMENSION INFLUENCIA SOCIAL

Aplicando la formula de promedios aritméticos:

$$\bar{x} = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

Donde:

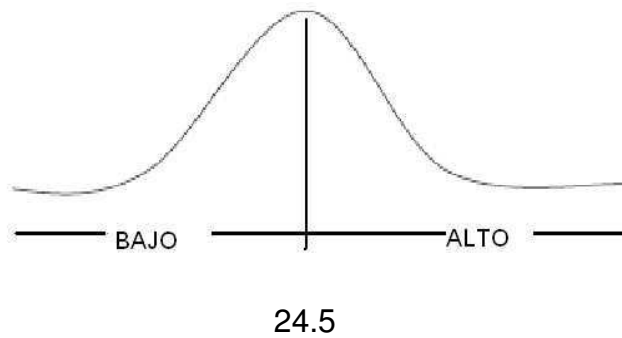
$a_1 + a_2 + \dots + a_n$ =valor numérico de cada pregunta.

n =número de preguntas.

Obtenemos el siguiente resultado:

24.5

Por lo que se establecen las siguientes categorías:



CATEGORIAS

- BAJO

- ALTO

INTERVALO

Menor a 24.5

24.5 a Más

ANEXO M

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES, EN LA DIMENSIÓN EXPERIENCIAS PERSONALES, EN LA I.E “EL PACÍFICO”. LIMA – 2010 LIMA-PERÚ 2010

AUTOEFICACIA PERCIBIDA (Dimensiones)	ITEMS	(BAJO)		(ALTO)		TOTAL	
		PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
EXPERIENCIAS PERSONALES	1. Experiencia sentimental.	52	52	48	48	100	100
	2. Tiene relación sentimental actualmente.	36	36	64	64	100	100
	3. Experiencia de relación sexual.	0	0	100	100	100	100
	4. Experiencia de besos, caricias y abrazos con el sexo opuesto.	61	61	39	39	100	100
	5. Experiencia de contacto íntimo sin llegar a la penetración.	20	20	80	80	100	100
	6. Luego de besos apasionados y caricias, experimento excitación alta.	45	45	55	55	100	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacífico”. Lima 2010.

ANEXO N

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES, EN LA DIMENSIÓN CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD, EN LA I.E “EL PACÍFICO”. LIMA-PERÚ 2010

AUTOEFICACIA PERCIBIDA (Dimensiones)	ITEMS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD	1. Definición de sexualidad.	14	14	86	86	100	100
	2. Cambios biológicos.	65	65	35	35	100	100
	3. Cambios psicológicos.	63	63	37	37	100	100
	4. Cambios sociales.	72	72	28	28	100	100
	5. Significado de relaciones sexuales.	72	72	28	28	100	100
	6. Concepto de ITS.	92	92	8	8	100	100
	7. Riesgos de relación sexual temprana.	94	94	6	6	100	100
	8. Beneficios del retraso de relación sexual.	65	65	35	35	100	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacífico”. Lima 2010.

ANEXO O

AUTOEFICACIA PERCIBIDA, EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES, EN LA I.E “EL PACÍFICO”. LIMA – 2010 LIMA-PERÚ 2010

AUTOEFICACIA PERCIBIDA (Dimensiones)	ITEMS	BAJO		ALTO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOMA DE DECISIONES	Grado de seguridad para rechazar una relación sexual en diferentes circunstancias:						
	1. Alguien que no habla sobre su vida sexual.	31	31	69	69	100	100
	2. Alguien a quien ha tratado antes.	50	50	50	50	100	100
	3. Alguien que le gusta mucho.	78	78	22	22	100	100
	4. Alguien que le gustaría se enamore de el/ella.	41	41	59	59	100	100
	5. Alguien que presiona para tener relaciones sexuales.	92	92	8	8	100	100
	6. Alguien con quien ha estado bebiendo alcohol.	49	49	51	51	100	100
	7. Controlar emociones frente a una propuesta de relación sexual.	85	85	15	15	100	100
	8. Rechazar relación a pesar de sentirse muy excitado cuando se lo proponen.	50	50	50	50	100	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacífico”. Lima 2010.

ANEXO P

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES, EN LA DIMENSION INFLUENCIA SOCIAL, EN LA I.E “EL PACÍFICO”.LIMA – 2010 LIMA-PERÚ 2010

AUTOEFICACIA PERCIBIDA (Dimensiones)	ITEMS	BAJO		ALTO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
INFLUENCIA SOCIAL	1. Hablar con sus padres sobre sexualidad.	48	48	52	52	100	100
	2. Hablar con sus padres sobre relaciones sentimentales.	73	73	27	27	100	100
	3. Hablar con sus amigos sobre sexualidad.	58	58	42	42	100	100
	4. Hablar con sus amigos sobre sus relaciones sentimentales.	80	80	20	20	100	100
	5. Hablar con hermanos y familiares sobre sexualidad.	80	80	20	20	100	100
	6. Rechazar relación sexual luego de hablarlo con padres, hermanos y amigos.	40	40	60	60	100	100
	7. Acceder a medios de comunicación que brinden información sobre sexualidad.	44	44	56	56	100	100
	8. Conocer personas que no hayan tenido relaciones sexuales.	30	30	70	70	100	100
	9. Conocer personas que hayan abortado.	79	79	21	21	100	100
	10. Conocer personas que quedaron embarazadas sin planificarlo.	89	89	11	11	100	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”. Lima 2010.

ANEXO Q

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES, SEGÚN SEXO, EN LA I. E “EL PACIFICO” LIMA – PERÚ 2010

SEXO	Autoeficacia Percibida				Total	
	Baja		Alta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	22	22	35	35	57	57
Masculino	24	24	19	19	43	43
Total	46	46	54	54	100	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”. Lima 2010.

ANEXO R

ASOCIACIÓN DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN ADOLESCENTES PARA RETRASAR EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y SEXO, EN LA I. E “EL PACIFICO” LIMA – PERÚ 2010

SEXO	Autoeficacia Percibida				Total	
	Baja		Alta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	22	22	35	35	57	57
Masculino	24	24	19	19	43	43
Total	46	46	54	54	100	100

Chi Cuadrado=9,6 gl=4 P valor= 0,022 P<0.05=rechazar Hº

X > Xt rechaza la H nula

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”. Lima 2010.

****Hipotesis Nula: No existe asociación entre la autoeficacia percibida y sexo en los adolescentes de la I.E. “El Pacifico”.***

****Hipotesis Alterna: Existe asociación entre la autoeficacia percibida y sexo en los adolescentes de la I.E. “El Pacifico”.***

Por lo tanto existe asociación entre la autoeficacia percibida en adolescentes para retrasar el inicio de relaciones sexuales y sexo.

ANEXO S

EDAD DEL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “EL PACÍFICO” LIMA – PERÚ 2010

EDAD	Nº	%
11 y 12 años	20	20
13 años	29	29
14 y 15 años	51	51
TOTAL	100	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”. Lima 2010.

ANEXO T

SEXO DEL ADOLESCENTE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “EL PACÍFICO” LIMA – PERÚ 2010

SEXO	Nº	%
Femenino	57	57
Masculino	43	43
TOTAL	100	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacifico”. Lima 2010.

ANEXO U

SEXO DEL ADOLESCENTE, SEGÚN AÑO DE ESTUDIO, DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “EL PACÍFICO” LIMA – PERÚ 2010

Año de estudio	sexo				Total	
	mujer		hombre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1er año	25	25	18	18	43	43
2do año	16	16	15	15	31	31
3er año	16	16	10	10	26	25
Total	57	57	43	43	100	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacífico”. Lima 2010.

ANEXO V

CONDICIÓN SEXUAL DE ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “EL PACÍFICO” LIMA – PERÚ 2010

CONDICIÓN SEXUAL	Nº	%
Sexualmente activos	80	45.5
Sexualmente no activos	100	55.5
TOTAL	180	100

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes de la I.E “El Pacífico”. Lima 2010.